



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2010–2011)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2011

Utgiftskapitler: 700–738 og 2711–2790 2530

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631

Innhold

Del I					
Innledende del	7			Kap. 3721 Statens helsetilsyn	92
1 Helse- og omsorgspolitikken ...	9			Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning	93
2 Profilen i budsjettforslaget	15			Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning	95
3 Budsjett- og strukturtiltak	21			Kap. 723 Pasientskadenemnda	95
4 Oversiktstabeller	22			Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	96
Del II				Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	97
Budsjettforslaget	31			Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	97
5 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.	33			Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	99
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>	<i>33</i>			Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd	100
<i>Programkategori 10.00</i>				Kap. 728 Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjons- diagnostikknemnda	100
<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i>	<i>33</i>			Kap. 729 Pasient- og brukerombud	101
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet	34			<i>Programkategori 10.30</i>	
Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet	35			<i>Spesialisthelsetjenester</i>	<i>103</i>
Kap. 702 Beredskap	35			Kap. 732 Regionale helseforetak	104
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid	37			Kap. 3732 Regionale helseforetak	137
Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid	42			Kap. 733 Habilitering og rehabilitering	138
Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	43			Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	141
<i>Programkategori 10.10 Folkehelse</i>	<i>44</i>			<i>Programkategori 10.50 Legemidler</i>	<i>145</i>
Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt	45			Kap. 750 Statens legemiddelverk	145
Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt	49			Kap. 3750 Statens legemiddelverk	147
Kap. 711 Ernæring og mattrygghet	49			Kap. 751 Legemiddeltiltak	148
Kap. 712 Bioteknologinemnda	55			Kap. 3751 Legemiddeltiltak	149
Kap. 3712 Bioteknologinemnda	55			<i>Programkategori 10.60</i>	
Kap. 715 Statens strålevern	56			<i>Helse- og omsorgstjenester i kommunene</i>	<i>150</i>
Kap. 3715 Statens strålevern	57			Kap. 761 Omsorgstjeneste	156
Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning	57			Kap. 762 Primærhelsetjeneste	180
Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning	58			Kap. 763 Rustiltak	192
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet	59			Kap. 764 Psykisk helse	203
Kap. 718 Rusmiddelforebygging	63			Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.	213
Kap. 3718 Rusmiddelforebygging	68			<i>Programkategori 10.70 Tannhelsetjeneste</i>	<i>217</i>
Kap. 719 Annet folkehelsearbeid	69			Kap. 770 Tannhelsetjenester	220
<i>Programkategori 10.20 Helseforvaltning</i>	<i>82</i>			<i>Programkategori 10.80</i>	
Kap. 720 Helsedirektoratet	83			<i>Kunnskap og kompetanse</i>	<i>224</i>
Kap. 3720 Helsedirektoratet	88			Kap. 780 Forskning	225
Kap. 721 Statens helsetilsyn	89			Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.	231
				Kap. 782 Helseregistre	240
				Kap. 783 Personell	241

**Programområde 30 Stønad ved
helsetjenester 248**

Programkategori 30.10

Spesialisthelsetjenester mv. 253

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv. 253

Programkategori 30.50

Legehjelp, legemidler mv. 258

Kap. 2751 Legemidler mv. 258

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling 260

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv. 262

Kap. 2756 Helsehjelp i utlandet 266

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak 267

Kap. 2790 Andre helsetiltak 267

Del III

Omtale av særlege tema 269

6 Sosiale helseskilnader 271

7 Andre særlege tema 284

**Forslag til vedtak om bevilgning
for budsjettåret 2011, kapitlene
700–783, 2711–2790,
3700–3751, 5572 og 5631 299**



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2010–2011)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2011

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 17. september 2010,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

Del I
Innledning del

1 Helse- og omsorgspolitikken

1.1 Regjeringens mål

Helse- og omsorgstilbudet betyr mye for den enkeltes levekår og livsutfoldelse, og er en viktig forutsetning for et godt samfunn. Regjeringen har som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, skal folk oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren.

Regjeringen vil ha en helsetjeneste som ligger i front både medisinsk og teknologisk. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og som er tilpasset den enkelte bruker. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet.

Det er et offentlig ansvar å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Helse- og omsorgstjenester skal primært tilbys i nærmiljøet. Tjenestene skal gi brukerne mulighet for et verdig og selvstendig liv, der hver enkelt kan delta i samfunnet ut fra sine egne forutsetninger.

Gjennom samhandlingsreformen vil regjeringen søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientenes behov for sammenhengende tjenester og som møter utfordringene knyttet til demografiske og epidemiologiske endringer.

Den kommunale omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring, og slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats så tidlig som mulig.

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

Regjeringen vil forsterke innsatsen for folkehelsen gjennom arbeid mot tobakk og alkohol og arbeid for økt fysisk aktivitet og bedre kosthold. Målet med den forebyggende innsatsen er å hindre at sykdom oppstår og utvikler seg, og at de som er kronisk syke kan leve best mulig med sin sykdom. Målet med folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen. De systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i fordeling av ressurser i samfunnet. Derfor er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning.

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

Forebygging og tidlig innsats skal hindre at rusmiddelproblemer oppstår. Oppfølging av rusmiddelavhengige i kommunene, i tannhelsetjenesten, i fengslene og i spesialisthelsetjenesten skal samordnes.

Regjeringen vil satse videre på forskning og innovasjon for en bedre helse og for bedre helse- og omsorgstjenester. Det er en prioritert oppgave å ha god helseberedskap mot epidemier og andre hendelser.

Rehabiliterings- eller habiliteringstiltak er sentralt i et pasientforløp. Regjeringen vil fortsatt legge vekt på at det settes inn tilstrekkelig ressurser på området, at brukermedvirkningen styrkes og at faglig kvalitet og status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene ivaretas.

Norge deltar aktivt i internasjonalt helsesamarbeid på tvers av landegrensene. Hovedmålet er å medvirke til å utvikle sentrale helsepolitiske mål gjennom multilaterale og bilaterale kanaler – i EU, Verdens helseorganisasjon (WHO), Norden og nærområdene. Norge er medlem av WHO's globale styre i perioden mai 2010 til mai 2013. Norge er en pådriver i helsesamarbeidet i nordområdene gjennom helsesamarbeidet i Barentsregionen og Den nordlige dimensjons partnerskap for helse og livskvalitet.

1.2 Status for omsorg og helse

De siste 20 årene har alle grupper i Norge – uavhengig av utdanning og inntekt – fått bedre helse, og levealderen har økt. Bedringen har imidlertid vært større for grupper med lang utdanning og høy inntekt enn for grupper med kort utdanning og lav inntekt. Helse er ulikt fordelt mellom sosioøkonomiske grupper i befolkningen, og disse helseforskjellene er økende. Stadig flere oppnår høy levealder, og det er foreløpig ikke tegn til at økningen i levealder skal stoppe opp. Spedbarnsdødeligheten er svært lav, omkring tre per 1000 levendefødte.

Det er flere utfordringer til tross for den positive utviklingen. Tidligere var infeksjonssykdommene det store folkehelseproblemet. I dag har kroniske ikke-smittsomme sykdommer (hjerte- og karsykdommer, kreft, psykiske lidelser, diabetes, kols og muskel- og skjelettsykdommer) overtatt denne rollen. Disse sykdommene er årsak til 86 pst. av alle dødsfall i Europa. Tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet, usunt kosthold, overvekt og fedme er viktige risikofaktorer.

Om lag 21 pst. av befolkningen er dagligrøykere. Røyking blant ungdom går ned, men det er stadig flere unge som bruker snus. Hvert år dør om lag 6700 personer av røyking. I gjennomsnitt har hver av dem tapt 11 leveår.

Forekomsten av overvekt, fedme og type 2-diabetes øker. Rundt 10 pst. av den voksne befolkningen har diabetes eller nedsatt evne til å omsette glukose i kroppen. Dermed har de økt risiko for å utvikle type 2-diabetes. Over halvparten av alle 40-åringene er overvektige og nærmere 20 pst. lider av fedme. Mellom 10 og 20 pst. av alle barn og unge er overvektige.

Det er skjedd en positiv utvikling i kostholdet over lang tid. Likevel spiser folk for mye sukker, salt og mettett fett og for lite frukt og grønnsaker, grove kornprodukter og fisk. Sukkerforbruket er særlig høyt blant barn og unge. Forekomsten av mat- og vannbårne sykdommer er lav, men det er fortsatt utfordringer, særlig i forbindelse med drikkevann.

Fysisk aktivitetsnivå er gått ned, og utviklingen går i negativ retning. I den voksne befolkningen er det bare én av fem som følger anbefalingen om minst 30 minutter daglig aktivitet. Ifølge OECD er Norge blant den tredelen av land som har lavest fysisk aktivitetsnivå blant 11–15-åringene.

Alkoholkonsumet har økt betydelig de siste 20 årene. Alkohol er knyttet til en rekke somatiske sykdommer og øker risikoen for akutte skader, ulykker og psykiske lidelser. Om lag 1800 dødsfall hvert år skyldes ulykker. Personer med skader og

ulykker står for rundt 10 pst. av alle døgnopphold i sykehus.

Om lag 8 pst. av de voksne og 20 pst. av barn og unge i Norge har astma. Forekomsten har økt jevnt de siste 40 årene. Akutt astma er den vanligste årsaken til at barn må på sykehus.

Siden 1950-tallet har antall krefttilfeller økt med 80 pst. Samtidig har overlevelsen økt jevnt. I dag er mer enn 50 pst. av alle kreftpasienter i live fem år etter at de har fått diagnosen. Tidlig diagnose og bedre behandlingsmetoder har bidratt til økt overlevelse og bedre livskvalitet for kreftpasienter.

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

Hjerte- og karsykdommer utgjør 35 pst. av alle dødsfall og er fortsatt den hyppigste dødsårsaken blant personer over 65 år.

Mellom 10 og 60 pst. av pasientene i sykehus og beboere i sykehjem er underernært. Det er behov for tiltak og rutiner for å kartlegge og følge opp ernæringsstatus. Blant hjemmeboende eldre over 75 år er det anslått at 10 pst. lider av feil- eller underernæring eller står i fare for å utvikle dette.

I dag er nesten 70 000 mennesker rammet av en demenslidelse. Det anslås at tallet vil dobles i løpet av 35 år. Mer enn tre firedeler av alle som bor i sykehjem har demens som del av et sammensatt sykdomsbilde. Svært mange med demens bor i eget hjem. De får ofte omfattende omsorg av sine nærmeste og bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tannhelsen i befolkningen er jevnt over god og er blitt betydelig bedre de siste 35–40 årene. Barn og unge har bedre tannhelse nå enn for en generasjon siden, men en del av dem har fortsatt tannhelseproblemer. Bedringen i tannhelse ser ut til å gå raskest i den delen av befolkningen som har høyest utdanning. Ifølge Levekårsundersøkelsen fra 2008 rapporterer 8 pst. av befolkningen over 21 år at de har dårlig eller svært dårlig tannhelse.

Ifølge Statistisk sentralbyrå brukte Norge i 2008 i overkant av 217 mrd. kroner på helseformål, eller om lag 45 500 kroner per innbygger. Beløpet omfatter alle private og offentlige utgifter som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester mv. Sammenliknet med andre OECD-land er det bare USA som bruker mer penger per innbygger. Det offentlige dekket om lag 84 pst. av de samlede helseutgiftene. Andelen har vært stabil de siste årene.

I 2009 var de totale driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten i underkant av 98 mrd. kroner inkludert avskrivninger. Det var en økning på 1,4 pst. fra 2008 korrigert for prisstigning, jf. årsrapport fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. Tall fra beregningsutvalget viser at antall årsverk i spesialisthelsetjenesten var om lag 95 000 i 2009. Antall årsverk var tilnærmet uendret fra 2008 til 2009. Det er stilt krav til regionale helseforetak om at den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling i 2009 skulle være sterkere enn for somatisk virksomhet. Beregningsutvalget har evaluert kravet i årsrapport for 2009. Utvalget konkluderer med at kravet er oppfylt for landet som helhet når de vurderer aktivitets-, årsverks- og kostnadstall, men at det er regionale forskjeller i om kravet er oppfylt.

Mer dagbehandling og poliklinisk behandling og redusert bruk av senger er en gjennomgående tendens i spesialisthelsetjenesten. Tall fra Samdata viser at det innen psykisk helsevern for voksne ble gjennomført om lag 1,1 mill. polikliniske konsultasjoner i 2009. Dette er en økning på vel 3,7 pst. fra året før. Det var om lag 54 000 døgnopphold – en økning på 2,1 pst. sammenliknet med 2008.

Den sterke veksten i ressursinnsatsen innen psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til at stadig flere får behandling. Tall fra Norsk pasientregister viser at om lag 51 500 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2009. Det er en økning på 4,2 pst. fra 2008. Poliklinisk omsorg er det dominerende behandlingstilbudet.

Tall fra Norsk pasientregister viser at det i 2009 var i overkant av 1,4 mill. sykehusopphold innen somatikk (døgnopphold og dagbehandlinger). Antall døgnopphold ble redusert med 1,2 pst. mens antall dagbehandlinger økte med 4,6 pst. I tillegg var det nærmere 4,3 mill. polikliniske konsultasjoner i 2009. Økningen fra 3,9 mill. konsultasjoner i 2008 skyldes i stor grad tekniske endringer. For 2009 er det i ordningen Raskere tilbake registrert om lag 55 000 polikliniske konsultasjoner, mens det for 2008 er om lag 38 000 konsultasjoner. Noe av denne veksten kan forklares med tekniske endringer. For 2009 er det registrert om lag 10 000 dagbehandlinger i Raskere tilbake. Det er en nedgang på 4,7 pst. fra 2008.

Gjennomsnittlig ventetid til behandling i spesialisthelsetjenesten økte fra 73 dager i 2008 til 77 dager i 2009. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har kortere ventetid enn pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp. Helsedirektoratet og regionale helseforetak har utviklet prio-

riteringsveiledere for 32 fagområder. Veilederne har anbefalinger om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det gjøres mye godt og systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i spesialisthelsetjenesten. Samtidig har Helsetilsynet påvist tegn til svikt og uakseptabelt høy risiko på en del områder. Internasjonale undersøkelser anslår at om lag 10 pst. av alle som blir innlagt i sykehus, blir skadet. En gjennomgang av journaler ved Akershus universitetssykehus avdekket at 19 pst. av pasientene ble påført skade under sykehusopphold i 2007.

Brutto driftsutgifter til helsetjenester, sosialtjenester og omsorgstjenester i kommunene var om lag 91 mrd. kroner i 2008. Tjenestene utgjorde om lag 35 pst. av kommunenes driftsutgifter i 2008. Det er omsorgstjenesten som veier tyngst.

Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle som har behov for omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. Mer enn 265 000 personer mottar kommunale omsorgstjenester. Om lag 44 000 av disse mottar tjenester i institusjon, vel 47 000 personer andre tjenester (avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv.) og om lag 174 000 mottar tilbud i eget hjem eller i kommunale boliger. Det betyr at rundt tre av fem brukere mottar omsorgstjenester i eget hjem eller i kommunal bolig. De fleste er over 80 år, men de siste årene har gruppen under 67 år vokst. Dette stiller nye krav til omsorgssektoren og nye krav til kompetanse og personell. Nå er nesten en tredel av alle hjemmetjenestemottakere under 67 år. To tredeler av ressursene i hjemmetjenesten brukes på denne gruppen. De fleste av disse er mennesker med langvarige lidelser som multippel sklerose, Parkinsons sykdom, hjerneslag og skader.

Omsorgstjenesten i kommunene utførte mer enn 123 000 årsverk i 2009. Ifølge Statistisk sentralbyrå var det en betydelig årsverksvekst i 2006, 2007, 2008 og 2009, til sammen om lag 16 400 årsverk. Om lag 5000 av disse årsverkene var knyttet til økte stillingsbrøker. Fra 2004 til 2009 økte innsatsen med om lag 14 800 årsverk, hovedsakelig personell med helse- og sosialutdanning.

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser, og deres familier og nettverk. Barn og unge er en viktig målgruppe. Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Måltallene om 4770 nye årsverk i kommunene knyttet til psykisk helsearbeid og målet om 3400 nye boliger, ble i hovedsak nådd ved utgangen av 2008.

Fra 2002 til 2009 økte antall årsverk i allmennelegetjenesten fra 4151 til 4637. Det meste av veksten er ifølge Statistisk sentralbyrå knyttet til ordi-

nær fastlegevirksomhet. Antall årsverk er økt med 104 fra 2008 til 2009. Av disse gikk 68 årsverk til fastlegevirksomhet og 40 til institusjoner for eldre og funksjonshemmede (sykehjem). Ved utgangen av 2009 var det 4049 fastleger (Helfo). Fra fastlegeordningen ble innført i 2001 til desember 2009 er det blitt 208 færre ubesatte fastlegehjemler, antallet er 69 per desember 2009. Vel 46 000 innbyggere er knyttet til disse listene, som i hovedsak er betjent av vikarer (ofte korttidsvikarer). Andelen av listene som manglet fast lege var størst i Nordland og Troms. Legedekningen i Sogn og Fjordane er betydelig bedret de senere år. Gjennomsnittlig ventetid på ordinær time gikk ned fra 2001 til 2008 (stabil ventetid fra 2005). Fastlegeordningen har høy legitimitet i befolkningen. Regjeringens innbyggerundersøkelse fra 2009 viser at 74 pst. av innbyggerne er fornøyd med ordningen.

Antall fysioterapiårsverk økte fra 4009 i 2002 til 4220 i 2009. Den største veksten har vært knyttet til kurativ virksomhet i privat avtalepraksis. Det er om lag 1100 flere avtalte årsverk for privatpraktiserende avtalefysioterapeuter enn for fysioterapeuter på fast lønn. Det faktisk utførte volumet er betydelig større, fordi mange avtalefysioterapeuter fortsatt har deltidshjemler, men arbeider utover sin avtale med kommunen.

I perioden 1998–2009 ble helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket med 775 årsverk. I 2009 var det i alt 3510 årsverk i tjenesten. Tre av fire kommuner tilbyr helsestasjon for ungdom.

Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til tannhelsetjenester utgjorde om lag 2,6 mrd. kroner i 2009. I 2009 ble 983 322 personer undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I tillegg ble det gitt 1,3 mrd. kroner i statlig stønad over folketrygden til å dekke utgifter til tannbehandling.

Ifølge Folkehelseinstituttet ble det solgt legemidler for 18,5 mrd. kroner i 2009. Dette er en nominell økning på 5,1 pst. fra året før. Om lag to tredeler av legemiddelutgiftene betales av helseforetakene og av folketrygden gjennom blåreseptordningen.

Helsemyndighetene har håndtert utbruddet med ny influensa A (H1N1) i dialog med Verdens helseorganisasjon og EU – i tråd med nasjonale beredskapsplaner. Erfaringene med pandemi-håndteringen gjennomgås nå.

I forbindelse med vulkanutbruddet på Island har helsemyndighetene og helsetjenesten gjennomført tiltak for å kompensere for mangel på luftambulanser og helikoptre. Sykehus og kommunehelsetjenesten over hele landet har styrket

den akuttmedisinske beredskapen både på land og til vanns.

1.3 Sentrale utfordringer

Folkehelsen i Norge er god, men helsetilstanden varierer systematisk med variabler som inntekt, utdanning og arbeid. Derfor er det ikke nok å sørge for bedre helse for enkeltpersoner og enkeltgrupper. Folkehelsearbeid innebærer også å arbeide for en jevnere sosial fordeling av forhold som påvirker helsen.

Livsstilssykdommer er også sosialt skjevfordelt. Viktige påvirkningsfaktorer er livsstil og helseatferd knyttet til kosthold, fysisk aktivitet, rusmidler og tobakk. Forebyggende og helsefremmende arbeid i og utenfor helsetjenesten må i stor grad rettes mot disse. Samtidig handler folkehelsearbeid om å påvirke strukturer og miljøfaktorer som ligger bakenfor livsstilsfaktorene.

Det er vist at mengden sosiale problemer i et land varierer med graden av økonomisk og sosial ulikhet. Det å være ekskludert fra det sosiale liv og bli behandlet som mindre verdt, fører til dårligere helse og større risiko for tidlig død. Det ser ut til å være en sammenheng mellom mulighet for kontroll over eget liv og den fysiske helsetilstanden. Dette underbygger viktigheten av sosial inkludering. Utfordringen er å bidra til et sosialt inkluderende fellesskap til beste for folkehelsen.

Regjeringen har høye ambisjoner for helse- og omsorgstjenesten. Tjenestene skal ha høy kvalitet og være sikre og trygge. De skal være tilgjengelige innen akseptable ventetider og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn, funksjonsevne og etnisk bakgrunn. Langt på vei er ambisjonene innfridd, og vår helse- og omsorgstjeneste er blant de beste i verden. Samtidig er det fortsatt mangler og utfordringer. Det er for lange ventetider innen noen fagområder, det er ulik prioriteringspraksis, og samhandlingen mellom tjenestene er for dårlig. De fleste er fornøyd med behandlingen og får den hjelpen de trenger, men det er også kjent at pasienter blir unødig skadet som følge av ytelser i helsetjenesten.

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i endring, i likhet med andre land i Vest-Europa. Fram til 2050 vil det bli mer enn dobbelt så mange personer over 67 år som det er i dag. Utfordringene i omsorgssektoren er knyttet til nye brukergrupper og en aldrende befolkning, samtidig som det er knapphet på fagpersonell og frivillige omsorgsytere. Behovet for me-

disinsk og tverrfaglig oppfølging og mangel på sosial kontakt og aktivitet i dagliglivet er andre viktige utfordringer.

Sykdomsbildet endrer seg. Det blir flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Sykdommer som kols, type 2-diabetes, demens, fedme, kreft og enkelte psykiske lidelser er i sterk vekst og bidrar til økt behov for tverrfaglige tjenester. Samtidig er det nødvendig med forebyggende innsats i andre sektorer. Innsatsen må rettes mot faktorer i miljø og samfunn som påvirker folks helse og valg av helseatferd. For å motvirke sosiale forskjeller i helse og helseatferd, må den forebyggende innsatsen rettes mot hele befolkningen og mot grupper som har høy risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner.

Psykiske lidelser er en viktig årsak til nedsatt livskvalitet, sykefravær, uførhet og for tidlig død. En økende andel av legenes sykmeldinger skyldes psykiske lidelser. Psykiske lidelser er hovedårsak til nærmere en tredel av alle uførepensjoner i Norge og i OECD-området for øvrig. Angst, depresjon og rusrelaterte lidelser er de vanligste tilstandene som skaper mest lidelse. Verdens helseorganisasjon anslår at den samlede belastningen med uførhet og for tidlig død på grunn av depresjon øker. I 2020 vil sannsynligvis psykiske lidelser være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land.

Spesialhelsetjenesten har rettet stor oppmerksomhet mot å behandle sykdom og senkomplikasjoner og for liten oppmerksomhet mot å forebygge helseproblemer. Tjenesten er ikke tilpasset veksten i kroniske sykdommer. Behandlingen i spesialisthelsetjenesten skjer sent i pasientforløpet, og bidrar i for liten grad til å hindre og begrense utvikling og følger av kroniske sykdommer. Helsetilsynet har også avdekket at kommunene prioriterer ressurser til kurative tjenester, mens de forebyggende tjenestene nedprioriteres.

Brukerne er avhengige av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede. Mange pasienter opplever brudd og svikt i overgangen mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har avdekket svikt i kommunikasjonen mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres til sykehjem. Sykehuset har ikke myndighet til å bestemme behandlingen i sykehjem. Mange brukere opplever at de selv må styre samhandlingen mellom aktørene. Dette rammer særlig syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering.

Mangel på helhet og samordning er en av de største utfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Derfor har regjeringen lansert samhandlingsreformen som skal bidra til å gi pasientene et bedre og mer helhetlig helsetilbud. Gjennom reformen legges det til rette for at flere sykdommer skal forebygges og behandles i kommunehelsetjenesten eller i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens rolle skal utvikles for å tilrettelegge for tydeligere prioriteringer og bruk av kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Regjeringens hovedgrep er å utvikle en sterkere helse- og omsorgstjeneste i kommunene, som i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Regjeringen vil etablere økonomiske insentiver som legger til rette for at kommunene kan ta en større del av oppgavene.

Tilbudet i spesialisthelsetjenesten må tilpasses lokale utfordringer. Ingen lokalsykehus skal legges ned. I noen tilfeller vil det bli bygd nye sykehus som erstatter flere gamle som ligger i nærheten. Arbeidet for bedre funksjonsdeling mellom sykehusene skal fortsette. Det betyr at enkelte sykehus i framtiden skal gjøre andre oppgaver enn i dag. Akuttfunksjoner og fødetilbud skal være nær der folk bor, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus. De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for å tilrettelegge sykehusstilbudet for framtidens utfordringer i tråd med nasjonale føringer.

På sikt er det betydelige utfordringer med hensyn til personellbehov i helse- og omsorgstjenesten. Gjennomføring av samhandlingsreformen skal bidra til å sikre en bærekraftig utvikling på personellområdet.

Det tas sikte på at samhandlingsreformen skal settes i verk 1. januar 2012. Regjeringen vil ta sikte på å legge fram Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2014, i form av en stortingsmelding våren 2011. Planen skal være et operativt verktøy for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester. Den skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten.

Det gjennomføres høring på utkast til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste høsten 2010. Forslaget følger opp det juridiske grunnlaget for samhandlingsreformen. I tillegg ivaretar lovforslaget harmonisering av tjenester som i dag er regulert i to lover – sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Det legges vekt på samarbeid og samhandling mellom deltjenester på samme forvaltningsnivå og mellom forvaltningsnivåene, slik at pasienter og brukere i større grad vil få gjennomgående og helhetlige pasientforløp og

tjenester. Det tas sikte på at lovforslag kan fremmes for Stortinget våren 2011.

Det gjennomføres høring på utkast til ny folkehelselov høsten 2010. Loven synliggjør ansvar, myndighet, oppgaver og virkemidler på folkehelseområdet for alle nivåer og sektorer. Målet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som

fremmer folkehelse, som bidrar til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse og som bidrar til jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Det tas sikte på å legge fram forslag til ny lov om folkehelsearbeid for Stortinget våren 2011.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 133,6 mrd. kroner. Dette er fordelt med 110,6 mrd. kroner under programområde 10, Helse og omsorg, og 23,0 mrd. kroner under programområde 30, Stønad ved helsetjenester, jf. tabell side 16.

Samlet foreslås det å bevilge 3,8 pst., eller om lag 4,9 mrd. kroner, mer i 2011 enn i saldert budsjett for 2010, målt i løpende priser. Korrigert for forventet pris- og kostnadsvekst, herunder virkning av takstoppgjøret for leger, psykologer og fysioterapeuter og flytting av oppgaver til andre departement, innebærer budsjettforslaget en reell økning på om lag 1 mrd. kroner, eller om lag 0,8 pst. sammenliknet med saldert budsjett for 2010. I tillegg foreslås 37 mill. kroner over budsjettet til Fornøyings-, administrasjons- og kirkedepartemen-

tet til forprosjektering av nytt bygg til Folkehelseinstituttet og 222 mill. kroner over budsjettet til Kommunal- og regionaldepartementet til tilsagn om tilskudd til bygging av 2000 heldøgns omsorgsplasser i 2011. De viktigste bevilgningsøkningene går fram av boks 2.1. Forslaget er videre bl.a. påvirket av nedgang i tilskudd og investeringslån til store sykehusbygg på til sammen knapt 800 mill. kroner som følge av prosjektframdrift og ferdigstilling. Nedgangen under programkategori 10.10, Folkehelse, skyldes at det i saldert budsjett for 2010 ble bevilget vel 200 mill. kroner til pandemivaksine som en engangsbevilgning, og som derfor ikke er videreført i budsjettforslaget for 2011.

Boks 2.1 Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett i 2010

Styrket sykehusøkonomi.....	970 mill. kroner
Investeringslån til regionale helseforetak	446 mill. kroner
Samhandlingsreformen	200 mill. kroner
Styrket innsats for omsorg	222 mill. kroner
Opptappingsplan for rusfeltet.....	100 mill. kroner
Nybygg, Folkehelseinstituttet.....	37 mill. kroner
Tannhelse	29 mill. kroner
Særreaksjon, utilregnelige lovbrøyttere	12 mill. kroner
Spesialistgodkjenning	10 mill. kroner
Helsetilsyn, utrykningsenheter	6 mill. kroner
Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda	6 mill. kroner
Skolehelsetjenesten.....	2,5 mill. kroner
Pasientssikkerhetskampanje.....	2,5 mill. kroner
Stiftelsen Organdonasjon	1 mill. kroner

Merknad: Tilskuddet til investeringer i omsorgsboliger og sykehjemsplasser bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Betegnelse	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
mill. kr			
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	305,0	265,5	-13,0
10.10 Folkehelse	1 740,0	1 573,3	-9,6
10.20 Helseforvaltning	1 293,8	1 434,2	10,9
10.30 Spesialisthelsetjenester	99 168,6	102 853,7	3,7
10.50 Legemidler	275,6	279,8	1,5
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	3 210,2	3 436,5	7,0
10.70 Tannhelsetjenester	70,5	100,1	42,1
10.80 Kunnskap og kompetanse	565,4	615,6	8,9
<i>Sum før lånetransaksjoner</i>	<i>106 629,0</i>	<i>110 558,7</i>	<i>3,7</i>
<i>Lånetransaksjoner</i>	<i>10,0</i>	<i>9,5</i>	<i>-5,0</i>
Sum Helse og omsorg	106 639,0	110 568,2	3,7
<i>Programområde 30 Stønad ved helsetjenester</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	3 212,0	3 430,2	6,8
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	18 624,1	19 390,3	4,1
30.90 Andre helsetiltak	217,3	198,1	-8,8
Sum Stønad ved helsetjenester	22 053,4	23 018,6	4,4
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	128 692,4	133 586,9	3,8

2.1 Styrket sykehusøkonomi og reduserte ventetider

I tråd med regjeringsplattformen foreslås sykehusenes økonomi styrket slik at flere pasienter kan få behandling. Det vil bli stilt krav om at ventetidene skal reduseres. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal styrkes. Samlet foreslås 970 mill. kroner mer til drift sammenliknet med saldert budsjett 2010. Denne veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Beløpet fordeler seg på:

- Generell vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,4 pst.: 930 mill. kroner
- Tilbud om utvidet nyfødtscreening: 15 mill. kroner
- Pilotprosjekt screening kreft i tykk- og endetarm: 25 mill. kroner

I tillegg foreslås opptrappingsplan rus styrket med 100 mill. kroner, hvorav 20 mill. kroner til

tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten.

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og Regjeringen møter det økte behovet med å styrke sykehusenes økonomi slik at flere pasienter kan få behandling og ventetidene reduseres. Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,4 pst. på nasjonalt nivå fra anslag for 2010, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2010. Innenfor den samlede aktivitetsveksten på om lag 1,4 pst. er det ved budsjettering av poliklinisk aktivitet lagt vekt på å understøtte målet om høyere prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre er det prioritert å øke tilgjengeligheten til radiologiske undersøkelser i offentlige helseforetak og private institutt. Samlet legges det opp til en vekst i aktivitet innenfor ordningen poliklinisk virksomhet (kap. 732, post 77) på om lag 4,5 pst. fra anslag for 2010 til 2011. For pasientbehandling som omfattes av ISF-ordningen

(kap. 732, post 76) legges det til rette for en vekst på 1,1 pst. fra anslag for 2010 til 2011.

Det har skjedd en betydelig teknologisk utvikling i muligheten for å screene nyfødte for medfødte arvelige stoffskiftesykdommer basert på samme blodprøve. Regjeringen vil utvide tilbudet om nyfødtscreening fra 2 til 23 tilstander i løpet av 2011. Det foreslås å bevilge 15 mill. kroner til formålet.

Kreft i tykktarm og endetarm er den hyppigst forekommende krefttypen samlet for begge kjønn i Norge, og forekomsten er økende både for kvinner og menn. Helsedirektoratet har til vurdering spørsmålet om å sette i gang et pilotprosjekt for screening av tykk- og endetarmskreft. Departementet vil avvente Helsedirektoratets samlede vurdering før det tas endelig stilling i saken. Det foreslås avsatt 25 mill. kroner til et mulig pilotprosjekt for screening av tykk- og endetarmskreft i to helseforetak.

I regelverket for innsatsstyrt finansiering for 2009 ble vilkåret for å bli inkludert i beregningsgrunnlaget for poliklinisk ISF-refusjon utvidet til å omfatte flere utførende helsepersonell enn lege. Utvidelsen gjaldt bestemte polikliniske konsultasjoner, og i hovedsak for sykepleiere. For 2011 legges det opp til en ytterligere utvidelse for polikliniske konsultasjoner utført av sykepleiere/jordmor og psykologer. Dette vil bidra til en mer effektiv bruk av arbeidskraften i spesialisthelsetjenesten.

2.2 Investeringslån til regionale helseforetak

Det foreslås at tre nye prosjekter kommer innenfor låneordningen til regionale helseforetak i 2011, med en samlet bevilgning på 446 mill. kroner. Dette gjelder nytt sykehus i Østfold med 235 mill. kroner, nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin i Helse Bergen HF, Haukeland universitetsjukehus, med 108 mill. kroner og ny barne- og ungdomsavdeling i Helse Stavanger HF med 103 mill. kroner.

Det nye sykehuset i Østfold vil bli bygd på Kalnes i Sarpsborg, og vil erstatte dagens virksomhet i Fredrikstad, på Veum (psykiatri) og den somatiske aktiviteten ved dagens sykehus i Sarpsborg. Moss sykehus skal rustes opp for å bli et moderne sykehus for planlagt virksomhet. All akuttvirksomhet skal samles på Kalnes i 2015. Prosjektet er beregnet til 5 mrd. kroner (2009-kroner). Det foreslås en øvre låneramme på 2,5 mrd. kroner (2009-kroner), som betales ut i perioden 2011–2015.

Det nye senteret ved Haukeland universitetsjukehus skal inneholde klinikk for psykisk helsevern for barn og unge under 18 år, samt klinikk

for psykosomatisk medisin. Samlet kostnadsestimat for prosjektet er på 1,4 mrd. kroner (2009-kroner), og det foreslås avsatt en øvre låneramme for prosjektet på 700 mill. kroner (2009-kroner), som betales ut i perioden 2011–2015.

Den nye barne- og ungdomspsykiatriske avdelingen i Stavanger har et totalt kostnadsestimat på 255 mill. kroner. Bevilgningen på 103 mill. kroner settes som en øvre låneramme for prosjektet.

2.3 Samhandlingsreformen

Det foreslås å øke bevilgningen til gjennomføring av samhandlingsreformen med 200 mill. kroner, til totalt 580 mill. kroner. I reformen legges det til grunn at den forventede veksten i befolkningens behov for helsetjenester i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Dette innebærer en gradvis innfasing av nye oppgaver, slik at kommunene får tilstrekkelig tid til å forberede nødvendige endringer. I 2011 er det viktigst å stimulere til å:

- videreutvikle helse- og omsorgstjenestene med bedre organisatoriske modeller og utvikle samarbeid innad og mellom kommuner og helseforetak, samt med utdanningssektoren, for å forberede tjenester og medarbeidere for endringer i rammevilkår
- utvikle kompetanse og systemer, herunder å modernisere og styrke IKT-satsingen i helsesektoren

Bevilgningen skal forberede oppstart av reformen i 2012 og bidra til å sette kommunene i stand til å sette i verk de endringer som skisseres i meldingen. Dette innebærer at kommunene i 2011 skal stimuleres til å:

- inngå samarbeid med andre kommuner, helseforetak og med utdanningssektoren om planlegging og utvikling av samhandlingstiltak, herunder lokalmedisinske sentre
- bygge opp kompetanse i kommunale tjenester innen planlegging og styring for å møte endrede rammevilkår fra 2012

I tillegg skal satsningen bidra til å:

- sette samhandling på dagsorden i kommunal og statlig/ regional planlegging
- utvikle helsenettet, etablere elektronisk kjernejournal og styrke infrastrukturen på IKT-området
- utvikle kommunale data om forbruk av spesialisthelsetjenester, i tilknytning til nye ordninger for finansiering i 2012

- styrke forskning om samhandling i helsetjenesten
- sette i gang livsstilsendingsprosjekt

For å møte framtidens helse- og omsorgsutfordringer, sikre bedre koordinerte tjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdomsutviklingen, er det behov for langsiktig planlegging og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er derfor foreslått å styrke kommunenes kompetanse innen plan- og analysearbeid, samt styrke forsknings- og fagutviklingsarbeid i kommunene. Forslaget innebærer også en betydelig styrking av tilskuddsordningen til lokalmedisinske sentre og kommunesamarbeid om helse- og omsorgstjenester.

Som del av samhandlingsreformen er e-helsearbeidet styrket med 50 mill. kroner. Innsatsen skal bidra til å:

- videreutvikle Norsk Helsenett SF og øke selskapets innsats overfor kommunene
- starte etablering av kjernejournal og nasjonal helseportal
- styrke standardiseringsarbeidet

2.4 Styrket innsats for omsorg

Som oppfølging av avtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil regjeringen fremme forslag om en egen verdighetsgaranti, dels nedfelt i lovverket, dels gjennom en egen forskrift om en verdig eldreomsorg. Det vises til høringsnotat til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester der dette er nærmere drøftet. Det er nødvendig med fortsatt ressursinnsats for å sikre et tilstrekkelig og forsvarlig omsorgstjenestetilbud. Regjeringens målsettinger om 12 000 nye årsverk i omsorgstjenesten i perioden 2008–2015, full sykehjemsdekning ved at alle som trenger heldøgnsomsorg skal få dette, fortsatt innsats knyttet til rekruttering og kompetanse, samt gjennomføring av Demensplan 2015 står derfor fast.

Det er i tillegg nødvendig å styrke innsatsen for hjemmeboende brukere med demens. Regjeringen vil derfor styrke innsatsen for demente gjennom Demensplan 2015. Midler til videre utbygging av dagaktivitetstilbud i kommunene vurderes i budsjettproposisjonene for det enkelte år. Regjeringen har som mål å innføre en lovfestet plikt til å tilby dagtilbud til demente når tilbudet er bygget videre ut. Saken tas opp i konsultasjonsordningen med Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS).

Målet om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten fra 2004 til 2009, ble oppfylt i 2008. Det er nødvendig å fortsette den sterke årsverksveksten i årene som kommer. Regjeringen har derfor som målsetting å etablere 12 000 nye årsverk i perioden 2008–2015.

For å sikre at alle kommuner som har behov for å bygge flere heldøgns omsorgsplasser får mulighet til det, vil regjeringen endre investeringsordningen for sykehjem og heldøgns omsorgsplasser slik at fylkesmennenes prioriteringer av hvilke kommuner som skal få tilskudd avvikes. Samtidig oppheves fordelingen av tilsagnsrammer på Husbankregioner og fylker. Regjeringen vil følge utviklingen og vurdere eventuelle tiltak dersom det på denne bakgrunn skulle oppstå store ulikheter i heldøgnsstilbudet i kommunene. Kommunene vil fortsatt måtte søke Husbanken om tilskudd, og søknadene vil bli vurdert ut fra det regelverk og de kriterier som foreligger for tilskuddet, blant annet kravet om heldøgnsstilbud og universell utforming. Regjeringen vil gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015 for å sikre nok kapasitet, og utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det. Rammene for det enkelte år håndteres i den ordinære budsjettprosessen. For å legge til rette for en fortsatt sterk kommunal satsing på utbygging og fornyelse av sektoren, vil Regjeringen gi kommunene mulighet for tilsagn til 2000 heldøgns omsorgsplasser i 2011.

Det foreslås å bevilge 222 mill. kroner til 2000 heldøgns omsorgsplasser i omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Samlet tilsagnsramme for de nye plassene er på 1,1 mrd. kroner.

2.5 Opptappingsplan for rusfeltet

Rusfeltet foreslås styrket med 100 mill. kroner for 2011. Bevilgningen foreslås til tiltak innen områdene tidlig intervensjon, oppfølging og behandling. Feltet vil med dette være styrket med vel 1 mrd. kroner gjennom opptappingsplanen sammenliknet med 2005. I tillegg har en styrket økonomi i kommunene og helseforetakene lagt grunnlag for ytterligere utbygging av tjenestetilbudet på rusfeltet. Opptappingsplanen for rusfeltet gir rammene for Regjeringens politikk på området. Planen har 147 tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering, forskning og kompetansebygging. Tilnærmet alle tiltak vil være påbegynt innen 2010. Regjeringen legger fram en stortingsmelding om ruspolitikk i løpet av 2011. Stortingsmeldingen vil oppsum-

mere erfaringer med dagens opptrappingsplan og følge opp Stoltenberg-utvalgets rapport. I påvente av Stortingets behandling av den varslede stortingsmeldingen foreslås å videreføre dagens opptrappingsplan for rusfeltet fram til og med 2012.

Det foreslås å styrke kommunalt rusarbeid med 70 mill. kroner. Gjennom å fokusere på styrking av kommunale tiltak vil satsingen bidra til å redusere behovet for langvarige og kostnadskrevenne tjenester, forhindre innlegginger i spesialisthelsetjenesten og bidra til bedre livskvalitet for den enkelte. I 2010 mottar om lag 250 kommuner tilskudd. Styrking av det kommunale arbeidet vil bidra til utbygging og gjennomføring av akutttiltak, lavterskeltilbud, tiltak før, i stedet for og etter opphold i spesialisthelsetjenesten, styrking av oppfølgingstjenestene i boliger til rusmiddelavhengige.

For å sikre en forebyggingsprofil foreslås 5 mill. kroner til å bedre kommunenes og fylkesmennenes kompetanse og forvaltning av alkoholloven. Målet er å begrense skadeomfanget av alkoholbruk og få en bedre kartlegging av rusmiddelforekomsten i samfunnet.

Spesialisthelsetjenesten mottar et økende antall nyhenviste til rusbehandling, ventetidene har økt og andel fristbrudd er fortsatt betydelig. Det foreslås 20 mill. kroner til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre foreslås 5 mill. kroner til å etablere to nye rusmestringsenheter for å styrke det samlede tilbudet i fengslene for innsatte med rusmiddelproblemer. (3,2 mill. kroner foreslås bevilget over Justisdepartementets budsjett.)

2.6 Nybygg, Folkehelseinstituttet

Det foreslås å bevilge 37 mill. kroner til forprosjektering av nye lokaler for Nasjonalt folkehelseinstitutt. Instituttets nåværende bygningsmasse er utilfredsstillende. De fleste bygningene er om lag 80 år gamle, preges av ombygginger og provisoriske løsninger, og er lite fleksible og uhensiktsmessige til instituttets bruk. Det har over lengre tid vært arbeidet med planer for nye lokaler. En konseptvalgutredning ble ferdigstilt i 2009, og denne har i 2010 vært gjenstand for ekstern kvalitetssikring. På bakgrunn av dette ønsker regjeringen å starte forprosjektering av full rehabilitering og nybygg på Lindern der instituttet i dag er lokalisert. Forprosjekteringskostnadene er estimert til totalt 123 mill. kroner over tre år.

2.7 Tannhelse

Tiltak for å bedre tilgjengelighet til tannhelsetjenester, inkludert et kompetanseløft i sektoren, er høyt prioritert. Det foreslås å styrke feltet med 24 mill. kroner for å øke antall tannleger med spesialistutdanning og dobbeltkompetanse (forsker og spesialist), til utprøving av en mulig ny tannlegespesialitet, videre oppbygging av regionale odontologiske kompetansesentre og til gjennomføring av klinisk praktisk trening i fylkeskommunen for tannpleiere under utdanning. Videre foreslås det å bygge opp tannlege-/psykologteam for utredning og ev. behandling av personer utsatt for tortur og overgrep og pasienter med odontofobi, samt å etablere en elektronisk prisopplysningstjeneste for tannbehandling.

Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM AS) ble fra 1. januar 2010 omdannet fra å være en samnordisk institusjon under Nordisk ministerråd, til å bli et statsaksjeselskap under Uni-Rand AS/Universitetet i Oslo og Helse- og omsorgsdepartementet. Det foreslås å øke tilskuddet til instituttet med 5 mill. kroner i 2011 for å dekke statens andel av økte husleiekostnader etter flytting til universitetsområdet.

2.8 Særreaksjon, utilregnelige lovbrytere

Det tas sikte på å etablere en ny særreaksjon for utilregnelige lovbrytere som begår vedvarende og samfunnsskadelig kriminalitet. Dette er en oppfølging av utredningen fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Justisdepartementet (Mæland-utvalget). I påvente av at ordningen blir etablert, foreslås et pilotprosjekt i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale instanser, politi/kriminalomsorg og Nav. Formålet er å finne fram til bedre arbeidsmodeller for å møte behovene knyttet til målgruppen. Det foreslås å bevilge 12 mill. kroner til ordningen.

2.9 Spesialistgodkjenning

Stortinget har vedtatt at Helsedirektoratet ikke lenger skal ha adgang til å delegere myndighet til å behandle søknader om spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner. Bakgrunnen for endringen er å tydeliggjøre myndighetsutøvelsen på området, og innrette spesialistgodkjenning som i andre nordiske land. Det legges opp til at Helsedirektoratet overtar oppgaven fra høsten 2011.

Dette innebærer økte administrasjonskostnader, og det vil være behov for noe investeringer i infrastruktur. Det legges til grunn at det innføres gebyr fra leger og tannleger ved søknad om spesialistgodkjenning. Det foreslås å bevilge 10 mill. kroner til ordningen.

2.10 Helsetilsyn, utrykningsenhet

Det er etablert en utrykningsgruppe i Statens helsetilsyn for å styrke den tilsynsmessige gjennomgangen av alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Utrykningsgruppen er en prøveordning over to år med oppstart fra 1. juni 2010. Det foreslås å bevilge 6 mill. kroner i 2011 til finansiering av utrykningsgruppen samt styrking av tilsynet med spesialisthelsetjenesten.

2.11 Norsk pasientskadeerstatning og pasientskadenemnda

I 2007 og 2008 behandlet Norsk pasientskadeerstatning færre saker enn i foregående år. Årsaken var en stor utskifting av ansatte i etaten. I kombinasjon med stor pågang av nye saker i tidligere år oppstod det derfor betydelige restanser. Norsk pasientskadeerstatning har nå en betydelig vekst i saksavviklingen. Det har ført til stor nedgang i restansene, men den historiske gjennomsnittlige saksbehandlingstid er fortsatt høy. Det foreslås en økt bevilgning på 2 mill. kroner knyttet til saker fra offentlig sektor og 1,9 mill. kroner til saker fra privat sektor. Utgiftene til privat sektor dekkes gjennom tilskudd betalt av de private aktører.

Videre foreslås det å styrke Pasientskadenemnda med 2 mill. kroner.

2.12 Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten finansieres i hovedsak av kommunenes frie inntekter og uten egenandeler for brukerne. Formålet med tjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge sykdommer og skader. I 2010 ble det bevilget 6,5 mill. kroner til styrking av skolehelsetjenesten i kommuner med store sosiale helseforskjeller. Det foreslås å bevilge ytterligere 2,5 mill. kroner til formålet i 2011.

2.13 Pasientsikkerhetskampanje

I 2011 starter en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Målet med kampanjen er å forebygge og redusere pasientskader i helsetjenesten. Kampanjen vil rette seg mot utvalgte innsatsområder. Det foreslås å styrke Nasjonal enhet for pasientsikkerhet med 2,5 mill. kroner.

2.14 Stiftelsen Organdonasjon

Stiftelsen Organdonasjon arbeider for å øke tilgangen på organer for transplantasjon i Norge. Intensivering av opplysningsarbeidet overfor befolkningen er en viktig del av arbeidet for å øke tilgangen på organer. Det foreslås å styrke stiftelsen med 1 mill. kroner.

3 Budsjett- og strukturtiltak

3.1 Tannhelse

På grunn av utilsiktet utgiftsvekst på enkelte refusjonsområder, foreslås det å underregulere og nedsette enkelte refusjonstakster. Dette gir en samlet innsparing på om lag 29 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2010.

3.2 Egenandeler

Egenandelstak 1 foreslås om lag prisjustert fra 1840 til 1880 kroner fra 1. januar 2011, som samlet svarer til 38 mill. kroner. Øvrige egenandeler knyttet til helsetjenester foreslås uendret.

4 Oversiktstabeller

Utgifter fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
Helse- og omsorgsdepartementet mv.					
700	Helse- og omsorgsdepartementet	166 075	152 666	160 324	5,0
701	Forskning	224 122			
702	Beredskap	170 947	74 190	37 280	-49,8
703	Internasjonalt samarbeid	48 636	78 185	67 933	-13,1
	<i>Sum kategori 10.00</i>	609 780	305 041	265 537	-13,0
Folkehelse					
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	1 272 132	1 194 477	1 017 039	-14,9
711	Ernæring og mattrygghet		47 810	49 512	3,6
712	Bioteknologinemnda	8 090	8 117	8 339	2,7
715	Statens strålevern	130 856	111 889	115 289	3,0
716	Statens institutt for rusmiddel- forskning	40 828	35 950	37 084	3,2
718	Rusmiddelforebygging	172 791	201 089	211 102	5,0
719	Annet folkehelsearbeid	253 048	140 633	134 902	-4,1
	<i>Sum kategori 10.10</i>	1 877 745	1 739 965	1 573 267	-9,6
Helseforvaltning					
720	Hesledirektoratet	893 032	833 844	935 675	12,2
721	Statens helsetilsyn	79 050	84 771	93 836	10,7
722	Norsk pasientskadeerstatning	134 953	139 286	147 846	6,1
723	Pasientskadenemnda	34 407	34 688	37 805	9,0
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	245 556	24 513	28 965	18,2
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helse- tjenesten	169 018	112 932	124 199	10,0
726	Statens helsepersonellnemnd	132 089	6 060	6 543	8,0
727	Tannhelsetjenesten	64 491			

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda	85 641	3 624	3 551	-2,0
729	Pasient- og brukerombud	262 486	54 062	55 794	3,2
	<i>Sum kategori 10.20</i>	2 100 723	1 293 780	1 434 214	10,9
	Spesialisthelsetjenester				
732	Regionale helseforetak	103 604 489	98 843 931	102 527 017	3,7
733	Habilitering og rehabilitering		178 723	172 522	-3,5
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse- og rustiltak		155 949	163 634	4,9
737	Kreftregisteret	87 496			
	<i>Sum kategori 10.30</i>	103 691 985	99 178 603	102 863 173	3,7
	Psykisk helse				
742	Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	63 370			
743	Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse	846 842			
744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	44 579			
	<i>Sum kategori 10.40</i>	954 791			
	Legemidler				
750	Statens legemiddelverk	211 262	206 010	208 353	1,1
751	Legemiddeltiltak	60 426	69 542	71 434	2,7
	<i>Sum kategori 10.50</i>	271 688	275 552	279 787	1,5
	Helse- og omsorgstjenester i kommunene				
760	Utredningsvirksomhet mv.	24 200			
761	Omsorgstjeneste	1 955 649	1 550 228	1 657 002	6,9
762	Primærhelsetjeneste		231 446	263 844	14,0
763	Rustiltak		642 896	723 503	12,5
764	Psykisk helse		751 576	759 042	1,0
769	Utredningsvirksomhet mv.		34 037	33 092	-2,8
	<i>Sum kategori 10.60</i>	1 979 849	3 210 183	3 436 483	7,0
	Tannhelsetjenester				
770	Tannhelsetjenester		70 486	100 140	42,1
	<i>Sum kategori 10.70</i>		70 486	100 140	42,1
	Kunnskap og kompetanse				

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
780	Forskning		250 294	262 898	5,0
781	Forsøk og utvikling mv.		99 319	126 460	27,3
782	Helseregistre		48 000	49 141	2,4
783	Personell		167 826	177 148	5,6
	<i>Sum kategori 10.80</i>		565 439	615 647	8,9
	<i>Sum programområde 10</i>	111 486 561	106 639 049	110 568 248	3,7
	Spesialisthelsetjenester mv.				
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	3 114 024	3 212 000	3 430 200	6,8
	<i>Sum kategori 30.10</i>	3 114 024	3 212 000	3 430 200	6,8
	Legehjelp, legemidler mv.				
2751	Legemidler mv.	8 726 243	9 319 500	9 436 000	1,3
2752	Refusjon av egenbetaling	3 609 270	4 001 400	4 143 206	3,5
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	5 254 249	5 303 200	5 761 100	8,6
2756	Helsehjelp i utlandet			50 000	
	<i>Sum kategori 30.50</i>	17 589 762	18 624 100	19 390 306	4,1
	Andre helsetiltak				
2790	Andre helsetiltak	275 904	217 300	198 100	-8,8
	<i>Sum kategori 30.90</i>	275 904	217 300	198 100	-8,8
	<i>Sum programområde 30</i>	20 979 690	22 053 400	23 018 606	4,4
	<i>Sum utgifter</i>	132 466 251	128 692 449	133 586 854	3,8

Inntekter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
	Helse- og omsorgsdepartementet mv.				
3700	Helse- og omsorgsdepartementet	3 872			
3703	Internasjonalt samarbeid	2 500	18 855	2 540	-86,5
	<i>Sum kategori 10.00</i>	6 372	18 855	2 540	-86,5
	Folkehelse				
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	349 047	267 577	272 608	1,9
3712	Bioteknologinemnda	201			
3715	Statens strålevern	65 037	46 377	47 815	3,1

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning	6 060	2 180	2 248	3,1
3718	Rusmiddelforebygging		1 504	1 551	3,1
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet	70 017	39 502	39 502	0,0
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>490 362</i>	<i>357 140</i>	<i>363 724</i>	<i>1,8</i>
Helseforvaltning					
3720	Helsedirektoratet	56 864	2 407	11 482	377,0
3721	Statens helsetilsyn	899			
3722	Norsk pasientskadeerstatning	10 974	10 667	12 603	18,1
3723	Pasientskadenemnda	310	500	500	0,0
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	19 989	18 497	20 070	8,5
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	61 432	124	128	3,2
3729	Pasient- og brukerombud	1 577			
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>152 045</i>	<i>32 195</i>	<i>44 783</i>	<i>39,1</i>
Spesialisthelsetjenester					
3732	Regionale helseforetak	1 506 090	1 660 000	1 906 000	14,8
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>1 506 090</i>	<i>1 660 000</i>	<i>1 906 000</i>	<i>14,8</i>
Legemidler					
3750	Statens legemiddelverk	118 549	133 240	125 370	-5,9
3751	Legemiddeltiltak	225	176	181	2,8
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	223 535	174 828	174 828	0,0
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>342 309</i>	<i>308 244</i>	<i>300 379</i>	<i>-2,6</i>
	<i>Sum programområde 10</i>	<i>2 497 178</i>	<i>2 376 434</i>	<i>2 617 426</i>	<i>10,1</i>
	<i>Sum inntekter</i>	<i>2 497 178</i>	<i>2 376 434</i>	<i>2 617 426</i>	<i>10,1</i>

Stillinger og årsverk

Kap.	Virksomhet	2009	2010
700	Helse- og omsorgsdepartementet	189	197
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	593	618,9
715	Statens strålevern	102	112,1
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	38	40,4
720	Helsedirektoratet	1033	1126,8
	herunder: Pasientombudene	43,5	80,6
	Helseøkonomiforvaltningen	512	551
721	Statens helsetilsyn	78	93,9
722	Norsk pasientskadeerstatning	114	128,3
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	32	36,6
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	130	134,1
750	Statens legemiddelverk	214	247,5
	Nemndssekretariater mv.	53	59,2

Merknad: Nemndssekretariater mv. omfatter sekretariatene for Vitenskapskomiteen for mattrygghet (14), Bioteknologinemnda (5,6), Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet (1,9), Statens helsepersonellnemnd (5,8) og Pasientskadenemnda (31,9). Antall årsverk i Vitenskapskomiteen for mattrygghet i 2009 er inkludert i tallene for Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Kilde: Statens sentrale tjenestemannsregister per 1. mars.

Garantifullmakter

	(mill. kr)				
	Utbetalt i 2009	Garanti- ansvar per 31.12.2009	Fullmakt nye garantitilsagn 2010	Forslag nye garantitilsagn 2011	Ramme garantiansvar 2011
Garanti for lån til opprettelse og ombygging av apotek, kap. 751 post 70	0	7,7	0	0	400,0

Bruk av stikkordet «kan overføres»

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

					(i 1 000 kr)	
Kap.	Post	Betegnelse		Overført til 2010	Forslag 2011	
702	21	Spesielle driftsutgifter		80 935	33 973	
702	70	Tilskudd			3 307	
703	21	Spesielle driftsutgifter		2 483	51 532	
703	70	Tilskudd		6 922	16 401	
711	21	Spesielle driftsutgifter			11 102	

(i 1 000 kr)				
Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2010	Forslag 2011
711	70	Tilskudd		1 009
711	74	Skolefrukt		17 825
718	63	Rusmiddeltiltak		28 118
718	70	Frivillig arbeid		93 641
719	21	Spesielle driftsutgifter	1 872	57 418
719	60	Kommunetilskudd	489	12 211
719	70	Smittevern mv.	200	25 206
719	73	Fysisk aktivitet	14	32 464
719	79	Andre tilskudd	580	7 603
720	22	Elektroniske resepter	26 978	55 861
726	71	Kjøp av opptrening og helsetjenester	249	
727	70	Tilskudd	1 127	
732	21	Spesielle driftsutgifter	6 014	8 433
732	70	Særskilte tilskudd	66	370 783
732	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF		42 044 403
732	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF		14 669 420
732	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF		11 164 389
732	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF		9 920 256
732	78	Forskning og nasjonale kompetansesentre		884 716
732	79	Raskere tilbake	373	498 558
732	82	Investeringslån		647 024
733	72	Kjøp av opptrening mv.		30 686
743	21	Spesielle driftsutgifter	3 597	
743	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner	4 949	
743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid	520	
743	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress	4 670	
743	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern	2 468	
751	21	Spesielle driftsutgifter	4 180	12 278
761	60	Omsorgstjenester	1 953	188 762
761	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak	1 777	
761	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.	664	
762	73	Forebygging av uønskede svangerskap og abort		29 896
763	61	Kommunalt rusarbeid		407 381
763	71	Frivillig arbeid mv.		165 394

(i 1 000 kr)

Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2010	Forslag 2011
764	21	Spesielle driftsutgifter		61 456
764	60	Psykisk helsearbeid		200 712
764	72	Utviklingstiltak		387 363
764	73	Vold og traumatisk stress		109 511
770	70	Tilskudd		88 245

Anmodningsvedtak

Anmodningsvedtak er omtalt følgende steder i proposisjonen:

Nr.	Dato	Vedtak	Omtale
573 (2000–2001)	12. juni 2001	«Stortinget ber Regjeringen utarbeide særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjeneste/suppleringstjeneste f.eks. ved idretts og kulturarrangementer og ulike redningsaksjoner.»	Kap. 783, side 242
189 (2007–2008)	3. desember 2007	«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»	Kap. 761, side 167
392 (2007–2008)	7. mars 2008	«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at tortur- og overgrepsofre via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling.»	Kat. 10.70, side 220
393 (2007–2008)	7. mars 2008	«Stortinget ber Regjeringen om å evaluere ordningen med særskilte tiltak rettet mot tannbehandling til rusmiddelavhengige for å se om ordningen fungerer som ønsket.»	Kat. 10.70, side 220
122 (2008–2009)	9. desember 2008	«Stortinget ber Regjeringen utrede behov og forankring av et tverrfaglig psykisk helsearbeid i kommunene.»	Kap. 764, side 205
352 (2008–2009)	28. mai 2009	«Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet, og at dette forelegges Stortinget i egnet form.»	Kap. 762, side 182
475 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen om å sikre pasientens rett til at personsensitive helseopplysninger ikke formidles i påhør av andre, blant annet under legevisitter»	Kap 783, side 242
476 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for opplærings- og holdningsskapende tiltak for at taushetsplikten skal etterleves, eksempelvis som del av kvalitetssikringsarbeidet i helseforetakene.»	Kap. 783, side 242
478 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2010 fremme forslag om en sterkere satsing på helhetlig rusbehandling og oppfølging.»	Kap. 763, side 197
479 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen øke den norske innsatsen i internasjonalt narkotikaarbeid og i arbeidet med WHO's globale alkoholstrategi.»	Kap. 703, side 40

Nr.	Dato	Vedtak	Omtale
481 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen samarbeide med kommunene om å gjennomføre prosjekter etter inspirasjon fra STAD-prosjektet i Stockholm, som innebærer samarbeid med salgsnæringen om opplæring av personale i alkoholloven og konflikt-håndtering, kombinert med flere kontroller av salgs- og serveringsstedene.»	Kap. 718, side 66
487 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen arrangere en konsensuskonferanse, der representanter fra både fagmiljø og brukerorganisasjoner drøfter faglige, etiske og prioriteringsmessige sider av forslaget om å tilby heroinassistert behandling for rusmiddelavhengige i Norge.»	Kap. 763, side 197
556 (2008–2009)	19. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»	Kap. 783, side 243
70 (2009–2010)	8. desember 2009	«Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres gode rutiner ved den offentlige tannhelsetjenesten slik at mistanke om omsorgssvikt rapporteres til rette myndighet.»	Kat. 10.70, side 219

Del II
Budsjettforslaget

5 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Programområde 10 Helse og omsorg

Programkategori 10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
700	Helse- og omsorgsdepartementet	166 075	152 666	160 324	5,0
701	Forskning	224 122			
702	Beredskap	170 947	74 190	37 280	-49,8
703	Internasjonalt samarbeid	48 636	78 185	67 933	-13,1
	Sum kategori 10.00	609 780	305 041	265 537	-13,0

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
01-23	Statens egne driftsutgifter	370 759	269 466	245 829	-8,8
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	3 729			
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	224 122			
70-89	Andre overføringer	11 170	35 575	19 708	-44,6
	Sum kategori 10.00	609 780	305 041	265 537	-13,0

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2009	budsjett 2010	2011
01	Driftsutgifter	162 346	152 666	160 324
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 729		
	Sum kap. 700	166 075	152 666	160 324

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

Departementet har ansvar innenfor følgende hovedområder:

- folkehelse
- primærhelsetjeneste
- spesialisthelsetjeneste
- pleie- og omsorgstjenester
- tannhelse
- psykisk helse
- rus og helse
- habilitering og rehabilitering
- alternativ behandling
- pasientrettigheter
- legemidler
- bioteknologi og bioetikk
- helsemessig beredskap

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for følgende underliggende virksomheter og foretak:

- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Helsedirektoratet
- Statens helsetilsyn
- Norsk pasientskadeerstatning
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
- Statens institutt for rusmiddelforskning
- AS Vinmonopolet
- Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS
- Norsk Helsnett SF

Følgende nemndsekretariater er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet:

- Sekretariat for Bioteknologinemnda
- Sekretariat for Statens helsepersonellnemnd
- Sekretariat for Dispensasjonsnemnda og Klagenemnda for behandling i utlandet
- Sekretariat for Pasientskadenemnda
- Sekretariat for Vitenskapskomiteen for mattrygghet
- Klagenemnda for Vinmonopolets innkjøp

I sesjonen 2009–2010 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 2 S (2009–2010) Endringer i statsbudsjettet for 2009 under Helse- og omsorgsdepartementet for å dekke ekstraordinære utgifter som følge av ny influensa A (H1N1)
- Prop. 20 L (2009–2010) Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven mv. (innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre mv.)
- Prop. 23 L (2009–2010) Endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven (nasjonalt register over hjerte- og karlidelser, adgang til å gi dispensasjon fra taushetsplikt for kvalitets-sikring, administrasjon, planlegging og styring av helsetjenesten)
- Prop. 26 L (2009–2010) Endringer i legemiddel-loven
- Prop. 32 L (2009–2010) Endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (retting av inkurie)
- Prop. 37 S (2009–2010) Om endringer i statsbudsjettet for 2009 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 111 L (2009–2010) Endring i legemiddel-loven
- Prop. 138 S (2009–2010) Endringer i statsbudsjettet for 2010 under Helse- og omsorgsdepartementet (takstoppgjørene for leger, psykologer og fysioterapeuter)

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås å øke bevilgningen med 2,5 mill. kroner i 2011 for å forberede implementeringen av Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2009–

2010)) i 2012. I denne forbindelse er det et betydelig utrednings- og kartleggingsarbeid knyttet til organisering, oppgavefordeling, ny helse- og omsorgslov, forskning, økonomiske, virkemidler mv.

Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
16	Refusjon av foreldrepenger	1 944		
17	Refusjon lærlinger	36		
18	Refusjon av sykepenger	1 892		
	Sum kap. 3700	3 872		

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	167 781	70 915	33 973
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 166	3 275	3 307
	Sum kap. 702	170 947	74 190	37 280

Helseberedskap inngår i regjeringens innsats for samfunnssikkerhet og beredskap. Formålet med helse- og omsorgsberedskapen er å bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester ved kriser, katastrofer og krig. Beredskap er integrert i de ulike fagområdene og finansieres i hovedsak over ordinære driftsbudsjetter, kap. 703, 710, 715, 719, 720, 732 og 750. For å ivareta en helhetlig framstilling er alle hovedområdene i helseberedskapsarbeidet omtalt her.

Bevilgningen dekker særskilte beredskapstiltak som bl.a. planutvikling, øvelser og andre kompetansetiltak, nasjonale beredskapslagre av legemidler og materiell, overvåknings- måle- og varslingssystemer, laboratorieberedskap, bidrag til ulike innsatsteam, bidrag til abc-landsfunksjonen og tilskudd til Røde Kors om tilrettelegging av pårørendeberedskap.

Hovedprioriterte områder i 2011 er:

- Å styrke sektorens krisehåndtering basert på erfaringer fra øvelser og reelle hendelser

- Å arbeide for en robust beredskap mot atom-, kjemiske og biologiske hendelser, inkludert pandemi
- Å arbeide for en robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten og næringen
- Å styrke det nasjonale og internasjonale samarbeidet på området

Krisehåndteringsevne

Ansvar for beredskap følger av lov om helsemessig og sosial beredskap. Kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, smittevernloven, matloven og strålevernloven inneholder også bestemmelser om beredskap. Kommuner, regionale helseforetak, sykehus og staten har etter helse- og sosialberedskapsloven plikt til å ha beredskapsplaner. Tilsvarende gjelder vannverk, Mattilsynet og næringsmiddellaboratorier. Forskriften som gjennomfører kontrollforordningen for matområdet (forordning (EF) nr. 882/2004)

trådte i kraft i Norge fra 1. mars 2010, og stiller krav til Mattilsynet om å ha beredskapsplaner.

Helsedirektoratet, Statens strålevern og fylkesmennene gir veiledning til kommuner, regionale helseforetak og helseforetak, og bistår med øvelser og kompetansetiltak. Helsetilsynet fører tilsyn med etterlevelse av lovverket. Mattilsynet følger på tilsvarende måte opp vannverkene.

Det er om lag ti år siden lov om helsemessig og sosial beredskap trådte i kraft. Alle regionale helseforetak, helseforetak og de fleste kommuner har bekreftet å ha planer etter loven, samt etter smittevernloven. Det er et løpende arbeid å videreutvikle kvalitet og sammenheng i planene.

Om lag 70 pst. av vannverkene i Norge har rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplan etter lov om helsemessig og sosial beredskap og matloven. Planenes kvalitet varierer. De fleste vannverkene i Norge er små og forsyner færre enn 500 personer. Hovedtyngden av befolkningen mottar vann fra store vannforsyningssystemer der planene er av god kvalitet. Det er særlig små vannverk som ikke leverer trygt nok drikkevann. En del av disse har ikke beredskapsplaner eller ikke god nok kvalitet på sine beredskapsplaner. For de større vannverkene er det gammelt ledningsnett som utgjør sikkerhetsproblemet.

Mål for 2011 er å videreutvikle kvalitet og sammenheng i beredskapsplanene i helse- og omsorgssektoren basert på erfaringer fra senere års hendelser, og med basis i gjeldende og ny lovgivning.

Det er videre et mål å bidra til økt sammenheng i beredskapsplanene overfor andre sektorer, jf. lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret.

Mattilsynet vil i 2011 fortsatt ha oppmerksomhet på tilsynet med drikkevannsanlegg. Sterkere virkemidler må benyttes ovenfor vannverk som ikke leverer drikkevann av forskriftsmessig kvalitet og ikke oppfyller regelverket.

Kjernefysiske, kjemiske og biologiske hendelser, inkludert pandemi

Helsemyndighetene har siden 2001 forberedt tiltak for å møte en pandemi i tråd med anbefalingene til Verdens helseorganisasjon (WHO). Siden varselet kom i april 2009, har helsemyndighetene håndtert situasjonen med ny influensa A (H1N1) i dialog med WHO og EU og på basis av nasjonale beredskapsplaner. Helsemyndighetenes leveranseavtale om kjøp av pandemivaksine til befolkningen ble utløst ved fase 6 i pandemiens utvikling

juni 2009. WHO erklærte 10. august i år at pandemien, influensa A (H1N1), var over.

Det pågår nå et arbeid med å gjennomgå erfaringene fra myndighetenes håndtering av pandemien.

Bevilgningen bidrar til å finansiere en Landsfunksjon for behandling av abc-skader ved Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål. Bevilgningen bidrar til å finansiere overvåknings-, måle- og analysekapasiteter, ulike innsatsteam, øvelser og kompetansetiltak som ledd i vedlikehold og utvikling av beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser.

Mål for 2011 er å videreutvikle pandemiberedskapen i en revidert nasjonal pandemiberedskapsplan og opprettholde og videreutvikle de øvrige tiltakene bevilgningen dekker.

Forsyningssikkerhet

Kommuner, regionale helseforetak og helseforetak skal som del av sin beredskap ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av materiell og legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser og katastrofer.

Apotekloven pålegger apotekene leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Grossistforskriften fastslår grossistenes plikt til å føre det utvalg av legemidler som etterspørres i det norske markedet, og at de som hovedregel skal kunne levere legemidlene til landets apotek innen 24 timer. Statens legemiddelverk forvalter legemiddelloven og apotekloven.

Ny EU-lovgivning pålegger legemiddelfirmaer med markedsføringstillatelse meldeplikt til myndighetene om midlertidig eller permanent avbrudd i legemiddelforsyningen. Lovgivningen ble tatt inn i EØS-avtalen ved EØS-komiteens beslutning av 29. mai 2009, og ble implementert i norsk rett ved forskrift 18. desember nr. 1839 om legemidler.

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

Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere arbeidet med forsyningssikkerhet. Direktoratets ansvar omfatter bl.a. å utarbeide nasjonale retningslinjer for hvilke hovedtyper og mengder kritiske legemidler kommuner og spesialisthelsetjenesten bør lagre og foreta vurderinger av beredskapen på området. Legemidler, medisinsk utstyr og forbruksmateriell produseres i liten grad i Norge, og lagrene i norske distribusjonsledd holdes på lavt nivå. Ifølge direktoratet har grossister og apotek i gjennomsnitt en lagerbeholdning på to til tre ukers forbruk hver. Som et supplement til helsetjeneste-

nes og næringens beredskap forvalter Helsedirektoratet avtaler med grossister om nasjonale beredskapslagre av legemidler og medisinsk forbruksmateriell, som dekkes over denne bevilgningen.

Mål for 2011 er å videreutvikle forsyningssikkerhet i sektoren, med utgangspunkt i erfaringer fra øvelser og reelle hendelser som bl.a. pandemi, ny influensa A (H1N1).

Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

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

Pandemien, ny influensa A (H1N1) og vulkanen på Island illustrerer at internasjonale hendelser kan gi helseberedskapsutfordringer både internasjonalt og nasjonalt. Norge deltar derfor i Verdens helseorganisasjon (WHO) og Det internasjonale atomenergibyråets (IAEA) globale samarbeid om overvåking, analyse, varsling og reak-

sjonsformer ved utbrudd av smittsomme sykdommer og strålingsrelaterte hendelser. Norge samarbeider også med NATO og EU på helse- og mattrygghetsområdet, bl.a. i EUs Health Security Committee og EUs senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC). Nordisk helseberedskapsavtale omfatter gjensidig informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer.

Mål for 2011 er å videreutvikle det nasjonale og internasjonale helseberedskapssamarbeidet, bl.a. samarbeidet med forsvaret, nordisk samarbeid om håndtering av kriser og katastrofer i utlandet og samarbeidet innenfor og mellom WHO, EU, IAEA og NATO.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Avtale om leveranse av pandemivaksine er avsluttet i 2010, jf. Prop. 125 S (2009–2010), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2010.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	40 632	45 885	51 532
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	8 004	32 300	16 401
	Sum kap. 703	48 636	78 185	67 933

Helsepolitikken er i økende grad en del av utenrikspolitikken. Flere helseutfordringer er grenseoverskridende. Det gjelder bl.a. pandemi, migrasjon av helsepersonell og pasientmobilitet ved at flere personer reiser til andre land for medisinsk behandling. Sykdomsbildet blir mer likt i land og verdensdeler med økt grad av livsstilssykdommer relatert til tobakk, alkohol, kosthold og manglende fysisk aktivitet. Den demografiske utviklingen, med en aldrende befolkning i de fleste land, innebærer felles utfordringer for helsesystemene i ulike land. Denne utviklingen gir bl.a. økt behov for kvalifisert helsepersonell. Det er tendens til at internasjonale regler og retningslinjer blir mer forpliktende. Bilateralt helsesamarbeid er også en trend.

Den internasjonale utviklingen har stadig større betydning for nasjonal helsepolitikk. Nasjonale tiltak må derfor utvikles i sammenheng med hva som gjøres internasjonalt. Som en konsekvens må

Norge være tilstede i de fora hvor helsepolitiske og faglige beslutninger fattes for å ivareta norske interesser. Gjennom samarbeid kan en også dra nytte av andre lands erfaringer og løsninger. Helsemyndighetene deltar derfor i flere internasjonale helsesamarbeidsfora. De mest sentrale er EU, WHO, nordisk samarbeid og Barentssamarbeidet. Norge har bilaterale avtaler med Kina og Russland.

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

Bevilgningen dekker kontingenter til programmer og deltakelse i byråer under EØS-avtalen og kostnader til fire nasjonale ekspertstillinger i Europakommisjonen innenfor områdene helsestrategi/helsesystemer, helsedeterminanter (ernæring), mattrygghet og helseberedskap. Bevilg-

ningen dekker bidrag til European Observatory on Health Systems and Policies og utdanning ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) for kandidater fra Norge.

Norge gir, over Utenriksdepartementets budsjett, bidrag til WHO i form av kontingent og frivillige bidrag. Dette er i stor grad bistandsmidler. Helse- og omsorgsdepartementet forvalter tilskuddsmidler til prosjekter under Barentssamarbeidet og Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor Den nordlige dimensjon. Dette er bevilget over Utenriksdepartementets budsjett.

Hovedprioriteringer for 2011:

- aktivt fremme og ivareta norske interesser gjennom å følge opp og medvirke til utviklingen i EU på helse- og mattrygghetsområdet i tråd med prioriteringene som er nedfelt i Helse- og omsorgsdepartementets europastrategi og matdepartementenes felles europastrategi på matområdet
- ivareta helse- og utviklingspolitiske målsettinger ved WHO og støtte WHO's helsefremmende arbeid
- videreutvikle nordisk helse- og mattrygghets-samarbeid og styrke en nordisk plattform i EU og WHO
- utvikle helsepolitiske satsinger i nærområdene gjennom samarbeid under norsk nordområdepolitikk

EU og EØS

Levering av helsetjenester til befolkningen er et nasjonalt ansvar for EUs medlemsland. Det er likevel et utstrakt helsepolitisk og faglig samarbeid innenfor EU som Norge deltar i hjemlet i EØS-avtalen. I tillegg legger Norge vekt på å følge utviklingen av helsepolitikken i EU og nye forslag til regelverk tett, og formidler norske synspunkter på disse for å søke å påvirke forslagene i tråd med norske interesser i den utstrekning det er mulig. Norsk arbeid med innspill til direktivet om kvalitets- og sikkerhetsstandarder for menneskelige organer til transplantasjon er et eksempel på dette.

Norge deltar på lik linje med EUs medlemsland i EUs tredje generasjon av helseprogram (2008–2013) jf. St.prp. nr. 36 (2007–2008) om programdeltakelsen, jf. Innst. S. nr. 217 (2007–2008). Deltakelsen omfatter representasjon i programkomiteen og deltakelse i arbeidsgrupper. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter.

Norge følger opp EUs regelverksutvikling på mattrygghetsområdet ved å gjennomføre 50–100 rettsakter i norsk rett årlig innenfor departementets ansvarsområde. Norge deltar i den faste komi-

te for næringsmiddelkjeden og dyrehelsen og i flere arbeids- og ekspertgrupper under Europakommisjonen for å påvirke innholdet i nytt regelverk. Forskriftene som gjennomfører EUs matlovsforordning, European Food Safety Authority (EFSA), trådte i kraft i Norge 1. mars 2010. Norsk deltakelse i EFSA er forankret i St.prp. nr. 47 (2007–2008). Samtidig trådte forskriftene som gjennomfører EUs forordninger om næringsmiddelhygiene og offentlig kontroll ved produksjon og omsetning av mat i kraft. Stortinget har sluttet seg til St.prp. nr. 46 (2007–2008) om dette regelverket.

Regelverk som det arbeides med å få innlemmet i EØS-avtalen er EUs regelverk for ny mat og genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer. Regjeringen vil legge fram en proposisjon om disse rettsaktene når sakene er avklart gjennom beslutning i EØS-komiteen.

Norge deltar aktivt for å påvirke det EØS-baserte regelverket for merking av matvarer. Kommisjonen har fremmet forslag om en ny forordning om matinformasjon som er til behandling i Rådet og Parlamentet. Det arbeides også med innspill til EUs gjennomgang av regelverket for næringsmidler til spesielle ernæringsmessige formål, samt å påvirke den videre utviklingen av regelverket for beriking av næringsmidler og regelverket for ernærings- og helsepåstander. Grunnrettsaktene for disse regelverkene ble i februar 2010 fastsatt som norske forskrifter om tilsetning av vitaminer, mineraler og visse andre stoffer til næringsmidler, og om ernærings- og helsepåstander om næringsmidler.

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

Norge arbeider aktivt for å påvirke EUs arbeid med kosmetikk. EU vedtok i 2009 en kosmetikkforordning som skal erstatte det tidligere kosmetikkdirektivet etter en overgangstid på 3 år. I Norge er forordningen til behandling for evt. innlemmelse i EØS-avtalen. Norske helsemyndigheter gir også innspill til EUs diskusjoner vedrørende kloning av dyr og nanoteknologi.

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

Europakommisjonen la i juli 2008 fram et forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester. Kommisjonen ønsker å klargjøre hvordan reglene om fri bevegelse i det indre marked skal virke i helsesektoren og styrke

samarbeidet mellom helsesystemene i medlemslandene. Forslaget er til behandling i EUs beslutningsorganer, senest gjenstand for politisk enighet i Ministerrådet i juni 2010 og skal videre behandles i Europaparlamentet. Endelig vedtak kan trolig først ventes i 2011. Fra norsk side pågår et aktivt arbeid med å formidle norske synspunkter på forslaget til EUs formannskap og medlemsland, samt til Europakommisjonen og Europaparlamentet.

Som et resultat av EUs alkoholpolitiske strategi er det etablert et alkoholpolitisk forum med deltakelse fra berørte interesser. Norge deltar i en fast ekspertkomite for å følge implementeringen av strategien. Rådet ba i desember 2009 om at kommisjonen forbereder oppfølgingen av arbeidet med alkohol og helse etter at inneværende strategi avsluttes i 2012.

Norge er medlem i EUs narkotikaovervåkings-senter The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Senteret samler inn og analyserer data, driver utviklingsarbeid for å forbedre sammenliknbarheten av data på tvers av grenser, og formidler og distribuerer informasjon. Bevilgningen dekker kontingenten for deltakelse i EMCDDA.

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

EU-landene har et nært samarbeid om helseberedskapsspørsmål. Hovedarbeidet skjer gjennom Health Security Committee (HSC). Norge deltar i samarbeidet, som bl.a. utvikler felles standarder og krisehåndteringsverktøy, og i nettverk for informasjon og varsling relatert til bruk av abmidler.

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

Norge deltar i EFTAs arbeidsgruppe for folkehelse, og har formannskapet i gruppen 2008–2010. Arbeidsgruppen har særlig fokus på EFTA-

landenes deltagelse i EUs helseprogram 2008–2013. Under norsk formannskap har arbeidsgruppen levert felles EØS/EFTA-kommentarer til Europakommisjonen om EUs grønnbok om helsepersonell samt EU 2020-strategien.

Gjennom EØS-finansieringsordningene har Norge bidratt med rundt 10 mrd. kroner i perioden 2004–2009. Formålet har vært å bidra til de nye medlemslandenes økonomiske og sosiale integrasjon. Ny avtale om videreføring av EØS-finansieringsordninger for perioden 2009–2014 ble formelt undertegnet 28. juli 2010. Norge har gjennom avtalen forpliktet seg til å bidra med nær 15 milliarder kroner 2009–2014. Midlene skal støtte programmer og prosjekter innen en rekke sektorer, bl.a. helsesektoren.

Mål for 2011 er fortsatt oppfølging av samarbeidsområdene pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, beredskap og smittevern, mattrygghet samt deltagelse i folkehelseprogrammet 2008–2013.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

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

Norge er i perioden 2010–2013 valgt inn til å sitte i WHO's globale styre. Det er utarbeidet en norsk strategi for styreperioden som fastsetter overordnede mål og prioriteringer for det norske WHO-arbeidet og utgjør grunnlaget for en tydelig og enhetlig norsk WHO-politikk. Norge vil i styreperioden spesielt arbeide for:

- å bedre WHO's budsjett og styringsmekanismer
- å fremme global helseforskning som grunnlag for kunnskapsbasert politikk
- å styrke helsesystemer, herunder tilgang på helsepersonell
- å styrke WHO's arbeid med ikke-smittsomme sykdommer
- å styrke WHO's arbeid med smittsomme sykdommer og helsesikkerhet.

WHO har vært en ledende aktør i den internasjonale oppfølgingen av pandemien, ny influensa A (H1N1). Norge støtter opp om WHO's rolle. Umiddelbar deling av virus gjennom etablerte FN-kanaler for å utvikle vaksiner mot influensa, er nødvendig for å oppnå et globalt smittevern tilgjengelig for

alle. Norge deltar i revideringen av det internasjonale helsereglementet (IHR 2005).

Norge har gjennomført deler av Internasjonalt helsereglement (IHR 2005) i norsk rett og arbeider med resterende implementering. Reglementet gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, for eksempel ved pandemier og kjemikalie-hendelser. Nasjonalt folkehelseinstitutt er nasjonalt IHR-kontaktpunkt i Norge.

I 2010 stod oppfølging av handlingsplanen for ikke-smittsomme sykdommer på Helseforsamlings agenda. En viktig sak for Norge var at globale anbefalinger om ansvarlig markedsføring av mat og ikke-alkoholholdig drikke til barn og unge ble vedtatt. Helse- og omsorgsdepartementet leder et europeisk nettverk av land som har arbeidet med å gi innspill til disse anbefalingene. Helseforsamlingen vedtok også en strategi mot skadelig bruk av alkohol. Norge har bidratt aktivt for at det skulle oppnås enighet om denne strategien, som gir grunnlag for omforente og konkrete tiltak globalt, regionalt og lokalt.

Norge deltok aktivt i utarbeidelsen av frivillige retningslinjer for rekruttering av helsepersonell, som ble vedtatt under helseforsamlingen. Norge vil fortsette å fremme en politikk der man skal avstå fra aktiv og systematisk rekruttering av helsepersonell fra land som selv har behov for slikt personell.

Norge deltar aktivt i miljø- og helseprosessene i regi av WHO, herunder gjennomføringen av WHO/UNECE-protokollen om vann og helse. Norge har takket ja til å stille som lederland for byrået i perioden 2010–2013.

WHOs 5. ministerkonferanse for miljø og helse i Europa ble avholdt i Parma i 2010. Norge har sluttet seg til ministererklæringen som blant annet innebærer en styrking av miljø- og helseprosessen og sterkere politisk innflytelse.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for norsk deltakelse i Codex Alimentariuskommisjonen, WHOs og FAOs felles organisasjon for internasjonale matvarestandarder. Dette arbeidet har fått høyere aktualitet de senere årene siden disse standardene vises til i WTO-avtalen og derfor har direkte betydning i internasjonal handel med matvarer. Mattilsynet er norsk kontaktpunkt for kommisjonen. Departementet er også ansvarlig for norsk deltakelse i den internasjonale vinorganisasjonen (OIV) (se også kap. 711).

Mål for 2011 er å bidra til et målrettet og samlet norsk engasjement i WHO. Norge skal i styreperioden bidra til å styrke WHO som ledende, normativ organisasjon for global helse. Med ut-

gangspunkt i målet om helse i alle politikkområder skal WHO bidra til å tydeliggjøre helsefaglige hensyn. Norge skal gjennom WHO bidra til utbygging av universell tilgang til helsetjenester basert på den grunnleggende retten til helsetjenester for alle gjennom helsefremmende livsbetingelser og styrking av helsesystemer.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 479, 16. juni 2009

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

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

Regjeringen har utarbeidet et posisjonsnotat om norsk narkotikapolitikk til bruk for norske tjenestemenn i internasjonale fora. Posisjonsnotatet er oversatt til engelsk og er distribuert til alle norske utenriksstasjoner. Ved hjelp av posisjonsnotatet og en tilhørende strategi med prioriterte tiltak som er under utarbeidelse, vil Regjeringen sørge for økt og mer målrettet innsats i internasjonalt narkotikarbeid. Siden Verdens helseforsamling vedtok en resolusjon om folkehelseproblemer forårsaket av skadelig bruk av alkohol i 2005, har Regjeringen tett fulgt WHOs arbeid med en global alkoholstrategi. Etter en viss uenighet lyktes det i 2008 å oppnå enighet i Helseforsamlingen om at WHO skulle utarbeide forslag til en global strategi mot skadelig bruk av alkohol. I den etterfølgende perioden har Norge vært engasjert i arbeidet for å sikre et grunnlag for enighet i WHO om å vedta en global strategi. Samarbeidet mellom de nordiske landene i dette spørsmålet har vært sentralt. Det har også vært bred kontakt med medlemsland fra alle WHOs helseregioner. Ved Verdenshelseforsamlings møte i mai 2010 ble det til slutt enighet om en global strategi mot skadelig bruk av alkohol.

WHO har begynt forberedelsene av implementeringen av strategien, Norge vil følge dette arbeidet løpende.

FNs narkotikasamarbeid

Norge deltar i de årlige møtene i FNs narkotikakommisjon (CND) som er styrende organ for FNs kontor for narkotika og kriminalitet. På årets møte vedtok Kommisjonen en norskinitiert resolusjon

om forebygging som fokuserer på å gripe inn tidlig for å holde barn og unge rusfrie.

Rapporten til FNs narkotikakontrollorgan ber landene som praktiserer bruken av sprøyterom om å slutte med det. Rapporten omtaler også den høye forekomsten av medikamentell behandling av ADD i Norge.

Europarådet

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

European Observatory on Health Systems and Policies

Norge er partner og økonomisk bidragsyter til European Observatory (EO) sammen med Sverige, Finland, Spania og Hellas, WHOs Europakontor, Verdensbanken, The European Investment Bank (EIB), Open Society Institute, London School of Economics samt London School of Hygiene & Tropical Medicine. Hensikten med EOs virksomhet er å gjøre tilgjengelig kunnskap og erfaringer fra ulike helsesystemer for å bruke dette som grunnlag for politikktutforming i flere

land. Grunnlaget skapes ved sammenliknende studier av europeiske helsesystemer.

Nordisk Ministerråd

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

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

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

Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk har i 2010 prioritert oppfølgingen av den nordiske handlingsplanen for bedre helse og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet. Det er blant annet etablert et nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet i regi av Helsedirektoratet, Statens Folkhälsoinstitut og Sundhedsstyrelsen. Nettverket inkluderer også lokalt og regionalt nivå i de involverte landene. Nøkkelhullet, en felles, frivillig merkeordning for sunne matvarer, er en annen viktig nordisk satsing. Dette er nærmere beskrevet i kap. 711.

Finland overtar formannskapet i 2011 etter Danmark.

Mål for 2011 er å videreutvikle det nordiske helse- og mattrygghetssamarbeidet og styrke den nordiske plattformen i EU og WHO.

Den nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet

Norge er en pådriver i helsesamarbeidet i nordområdene gjennom Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av Den nordlige dimensjon og Barentsrådets helse- og sosialprogram. Norge har prioritert tiltak mot tuberkulose, fengselshelse, forebygging av hiv og tiltak for utsatte barn og unge. Norge leder fra 2010 Partnerskapets ekspertgruppe for skadelig bruk av alkohol- og narkotika. Partnerskapet omfatter 11 land, EU-kommisjonen og åtte internasjonale organisasjoner. Russland har ledervervet i 2010–2011. Samarbeidet under Barentsrådets helse- og sosialprogram er en del av Partnerskapet. Norge har her et samarbeid med Russland som omfatter et hundretalls prosjekter, med deltakere fra lokalt og regionalt nivå. Hovedinnretningen i prosjektene er kompetanseoverføring og faglig kontakt gjennom partnerskap og samarbeid på felter som er viktige for begge land, med særlig vekt på områdene hiv/aids, barn og unge, primærhelsetjenester, smittevern, forebygging av livsstilssykdommer. Samarbeidet finansieres over Utenriksdepartementets budsjett.

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

Mål for 2011 er å bidra til gjennomføring av Barentsrådets helse- og sosialprogram og erklæringen om Partnerskapet for helse og livskvalitet.

Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	2 500	18 855	2 540
	Sum kap. 3703	2 500	18 855	2 540

Post 03 Refusjon fra Utenriksdepartementet

Bevilgningen omfatter refusjon fra Utenriksdepartementet til utgifter vedrørende tilskudd til samarbeidsprosjekter med Russland, bilaterale prosjek-

Bilaterale samarbeidsordninger og avtaler

I tillegg til Norges samarbeid med Russland gjennom Den nordlige dimensjon og Barents helse- og sosialprogram har Norge hatt en bilateral helseavtale med Russland siden 1994. Samarbeidet er fornyet gjennom undertegnelsen av et nytt norsk-russisk helsesamarbeidsprogram i 2009, og satsingsområder de neste årene er blant annet organisering av helsetjenesten, folkehelse, forebygging av infeksjonssykdommer og skadelig bruk av alkohol mv. I samarbeid med Justisdepartementet er det et samarbeid som omfatter helse i fengsler.

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

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Post 70 Tilskudd

Tilskuddene til helse- og sosialprosjekter i Nordvest-Russland vil bli utgiftsført på Utenriksdepartementets kap. 118, post 70.

ter og Partnerskapet under Den nordlige dimensjon og Barentsrådets helse- og sosialprogram, jf. kap. 703.

Det foreslås å redusere bevilgningen parallelt over post 03 og kap. 703, post 70.

Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
70	Legemiddelomsetningsavgift	97 181	66 025	66 025
71	Vinmonopolavgift	51 098	44 100	44 100
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	6 954	4 381	4 381
73	Legemiddelkontrollavgift	68 302	60 322	60 322
	Sum kap. 5572	223 535	174 828	174 828

Post 70 Legemiddelomsetningsavgift

I 2010 ble det budsjettert med vel 66 mill. kroner i avgift gjennom en avgiftssats på 0,55 pst. som ble lagt på all legemiddelomsetning ut fra grossist. Samme avgiftssats legges til grunn for avgiftsinngangen i 2011. Avgiften dekker blant annet utgiftene til tilskudd til fraktfusjon av legemidler, Relis, etterutdanning og tilskudd til apotek mv. jf. omtale under kap. 751, post 70, samt delfinansiere driften ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001).

Post 71 Vinmonopolavgift

Vinmonopolavgiften utgjør i praksis det beløpet AS Vinmonopolet skulle ha betalt i kommuneskatt på bakgrunn av regnskapsåret 2009 og beregnes som 28 pst. av virksomhetens resultat. Avgiften

skal innbetales til staten i januar 2011 og vil utgjøre 44,1 mill. kroner.

Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Det ble i 2010 budsjettert med vel 4 mill. kroner i avgift, og dette avgiftsnivå legges også til grunn for 2011. Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder utenom apotek. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader forbundet med tilsyn.

Post 73 Legemiddelkontrollavgift

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

Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	1 272 132	1 194 477	1 017 039	-14,9
711	Ernæring og mattrygghet		47 810	49 512	3,6
712	Bioteknologinemnda	8 090	8 117	8 339	2,7
715	Statens strålevern	130 856	111 889	115 289	3,0
716	Statens institutt for rusmiddel- forskning	40 828	35 950	37 084	3,2
718	Rusmiddelforebygging	172 791	201 089	211 102	5,0
719	Annet folkehelsearbeid	253 048	140 633	134 902	-4,1
	Sum kategori 10.10	1 877 745	1 739 965	1 573 267	-9,6

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
01-23	Statens egne driftsutgifter	1 560 077	1 491 005	1 337 592	-10,3
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	15 021	17 219	17 598	2,2
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	74 084	39 154	40 329	3,0
70-89	Andre overføringer	228 563	192 587	177 748	-7,7
	Sum kategori 10.10	1 877 745	1 739 965	1 573 267	-9,6

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

ter spesielle driftsutgifter og tilskudd til folkehelsearbeidet, herunder bl.a. miljø og helse, ernæringsarbeid, fysisk aktivitet og helse, tobakksforebygging og rusmiddelforebyggende arbeid. Kategorien dekker videre smittevern, herunder hiv-forebygging, samt arbeid med mattrygghet og trygt drikkevann som har viktige grensesnitt til generelt smittevern og ernæringsarbeid.

Folkehelsearbeidet er samfunnets samlede innsats for å styrke forhold som bidrar til god helse og svekke forhold som medfører helserisiko,

samt innsats for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Helsesektoren har viktige bidrag i folkehelsearbeidet, bl.a. med (1) ansvar for folkehelseiltak forankret i helsetjenesten, jf. smittevern, helseopplysning, forebyggende helsetjenester mv. og for øvrig sektorens ansvar for (2) oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og de faktorene som påvirker denne, (3) kunnskap om årsakssammenhenger og utvikling av metoder og sektorovergripende verktøy, (4) bevisstgjøring og faglige råd om tiltak i og i samarbeid med andre sektorer, samt bidra til at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen.

I St. meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge og St. meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal Strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller legger regjeringen overordnede føringer for folkehelsearbeidet. Det understrekes at rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk. De overordnede målene er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte sosiale

helseforskjeller uten at noen grupper får dårligere helse.

Det gjennomføres høring på utkast til ny lov om folkehelsearbeid høsten 2010. Forslaget er blant annet en oppfølging av St. meld. nr. 47 (2009–2010) Samhandlingsreformen som legger økt fokus på forebygging og tidlig innsats. Departementet følger videre opp enkelte tiltak på beredskapsområdet gjennom lovforslaget. Lovforslaget retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, og vil erstatte bestemmelsene om folkehelsearbeid, herunder miljørettet helsevern, i kommunehelsetjenesteloven i tillegg til lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Gjennom lovforslaget legges det til rette for mer effektivt og målrettet folkehelsearbeid blant annet ved å legge til rette for mer systematisk og langsiktig arbeid samt løfte fram folkehelse som et lokal- og regionalt politisk tema. Det tas sikte på at et lovforslag kan fremmes for Stortinget våren 2011.

Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter	535 360	468 154	481 516
21	Spesielle driftsutgifter	721 751	709 104	517 925
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	15 021	17 219	17 598
Sum kap. 710		1 272 132	1 194 477	1 017 039

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

Formålet for instituttets virksomhet er å bidra til bedre helse og livskvalitet, og ivareta befolkningens rettssikkerhet. Instituttet skal drive helseovervåking for å følge befolkningens helsetilstand. Instituttet skal videre utrede, gi vitenskapelig baserte råd og formidle kunnskap om hva sam-

funnet kan gjøre for å skape gode og sunne levekår, hva samfunnet kan gjøre for å forebygge sykdom og helseskade, og hva en selv kan gjøre for å ta vare på egen helse.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har følgende hovedmål:

- Helseovervåking: God oversikt over befolkningens helse
- Forskning: Best mulig kunnskap om hva som påvirker befolkningens helse
- Forebygging: God beredskap, råd og tjenester av høy kvalitet

Helseovervåking

Nasjonalt folkehelseinstitutt har oversikt over befolkningens helse, livsstil og livskvalitet, og

beskriver forekomsten av sykdommer, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. I 2010 ble det utarbeidet en folkehelse rapport som belyser utviklingen av helsetilstanden i landet. På bakgrunn av denne har instituttet foreslått noen nøkkelindikatorer som kan brukes til å følge utviklingen i folkehelsen framover. For nærmere omtale, se innledende del, Del 1.

Instituttet skal drive helseovervåking for å følge befolkningens helsetilstand, og sørge for at nødvendig helseinformasjon er tilgjengelig for forvaltningen, herunder for landets fylkeskommuner, jf. § 4 i lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. For riktig prioritering, bedre helsetjenester og avdekking av sykdom arbeider instituttet med modernisering og forbedring av de sentrale helseregistrene. Registrene skal oppdateres raskere, det skal bli enklere å koble informasjon fra de ulike registrene, kvaliteten skal bli bedre og analysekapasiteten skal økes.

I 2010 og 2011 vil instituttet følge opp Stortingets vedtak om å opprette et nasjonalt register for hjerte-kar lidelser. Det vises til kap. 782 for en nærmere omtale av status for intern kryptering av registrene.

Instituttet lager dagsaktuell statistikk fra data i Medisinsk fødselsregister (MFR) og Dødsårsaksregisteret. Arbeidet med å etablere et system for elektronisk innmelding til Dødsårsaksregisteret ble startet i 2010. I løpet av 2011 vil instituttet gjøre analyser av dødsårsaksstatistikken med tanke på å skaffe tall for tilskrivbar dødelighet.

System for overvåking av infeksjoner i sykehustjenesten (Nois) har nå oppslutning fra alle sykehusene. Overvåkningsdata fra 2007 og 2009 viser at 6,3 pst. av alle opererte fikk en infeksjon i forbindelse med operasjonen. Situasjonen har vært nokså stabil de siste årene. Hensikten med overvåkingen er at sykehusene skal få et bedre grunnlag for å sette i verk og evaluere tiltak mot infeksjoner

Instituttet vil også styrke infeksjonsovervåkingen i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved å etablere et system for å overføre anonyme data fra primærhelsetjenesten fortløpende. På den måten vil instituttet kunne avdekke utbrudd av smittsomme sykdommer raskere og uskadeliggjøre smitekilden tidligere. I 2009 mottok instituttet 180 meldinger om sykdomsutbrudd i og utenfor helseinstitusjoner, og instituttet bidro direkte til å opplære 20 utbrudd.

I tilknytning til System for vaksinasjonsovervåking (Sysvak) ble det i 2009 etablert et register for å overvåke pandemivaksinasjonen. Systemet gir

god oversikt over vaksinasjonsdekningen i befolkningen og eventuelle uønskede hendelser i forbindelse med vaksinasjon.

Under utbruddet av svineinfluensapandemien i 2009 ble instituttets beredskapssevne satt på prøve. I 2010 blir det gjennomført en evaluering av arbeidet.

I forbindelse med pandemien vil det fra 2010 bli gjennomført en forskningsstudie som skal avdekke graden av skadevirkninger epidemien har hatt på gravide. De første resultatene vil bli publisert i 2011.

For å kunne gi råd om hva som kan gjøres for å forebygge psykiske lidelser og styrke den psykiske helsen i befolkningen, har instituttet utarbeidet en samlet rapport over forekomst og konsekvenser av psykiske lidelser i Norge. Instituttet vil fortsette arbeidet med å skaffe oppdatert informasjon om psykisk helse, psykiske symptomer og psykisk sykdom blant annet ved å samarbeide med Norsk pasientregister.

Allergier og autoimmune lidelser er et økende helseproblem. Gjennom Matallergiregisteret avdekker instituttet matvarer som fører til alvorlige allergiske reaksjoner i befolkningen. I samarbeid med Mattilsynet, har instituttet i 2009 etablert et nasjonalt register over bivirkninger ved bruk av kosmetiske produkter. Det vises til kap. 711 for nærmere omtale.

Bruk av rusmidler er en viktig årsak til en stor andel av de årlige tilfellene av trafikkulykker, skader og vold. Instituttet arbeider for å få så god oversikt som mulig over befolkningens bruk av rusmidler.

Instituttet vil levere en rapport i 2010 med analyser av eksisterende tannhelsesdata og gjennomføre en pilotundersøkelse fra et utvalg tannklinikker. Arbeidet skal danne grunnlag for å kunne vurdere mulighetene for sentral registrering av tannhelsesdata fra elektroniske pasientjournaler. Det vises til kategori 10.70 for nærmere omtale.

For bedre å kunne utnytte de biologiske data som er samlet inn gjennom helseundersøkelser, etablerer instituttet en ny og moderne biobank med automatisert uttak for blodprøver og DNA. Det vil gjøre det enklere for forskere i hele landet å få ta del i de forskningsmulighetene dette verdifulle materialet gir.

Utlevering av data til forskning og andre helsefaglige formål har økt. Data fra bl.a. Mor og barnundersøkelsen benyttes mye i interne og eksterne forskningsprosjekter. Instituttet har i 2009 styrket rutinene for utlevering og håndtering av data ytterligere for å imøtekomme høyeste krav til personvern. Arbeidet videreføres i 2010 og 2011.

Forskning

Gjennom forskning beskriver instituttet forekomsten av og avdekker årsaker til sykdom, skade, og forhold av betydning for sykdom og skade, og arbeider med å forstå sykdomsmekanismer og evaluere forebyggingsorienterte tiltak.

Instituttet driver forskning på høyt internasjonalt nivå. Forskningen er grunnlaget for de rådene instituttet gir til myndigheter, befolkningen og ulike aktører på helseområdet. I 2009 var det registret om lag 300 nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter ved instituttet, en økning på om lag 50 pst. fra året før. I 2011 vil instituttet styrke forskningen på Alzheimers sykdom og eldres helse.

Instituttet har de senere årene bygget opp et sterkt forskningsmiljø i psykisk helse. Instituttet har påvist at det i perioden 1998–2005 ikke har vært noen økning i forekomsten av psykiske plager, men en økning i uføretrygding og bruk av medikamenter knyttet til psykiske lidelser, særlig antidepressiva og angstdempende medikamenter. Den psykiske helsesituasjonen i Norge er god sammenliknet med andre europeiske land, selv om enkelte grupper som for eksempel sosialhjelpsmottakere, kommer dårlig ut. I løpet av 2010 vil instituttet utarbeide en rapport om psykiske lidelser blant eldre i Norge. I 2011 er det et mål å skaffe mer kunnskap om selvmord.

I 2009 la instituttet fram en kunnskapsoppsummering om helseskader ved vedfyring. I tillegg beskrev instituttet hvordan plastmykgjørere fra plastgjenstander i leker, gulvbelegg og annet kan skape betennelsesreaksjoner i lungene. I 2010 vil det foreligge en beskrivelse av hvordan diesel forårsaker skader i lungene, og i 2011 vil det foreligge en beskrivelse av helsemessige virkninger av biodiesel.

I 2011 vil det bli presentert oversikter over bruken av rusmidler i samfunnet og over narkotikarelaterte dødsfall. Det vil også bli gjennomført en større studie av forekomst av rusmidler i arbeidslivet.

Forebygging og beredskap

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal være nasjonal rådgiver og tjenesteyter på områdene smittevern, miljømedisin, mattrygghet, epidemiologi, psykisk helse, retts toksikologi og rusmiddelforskning. Det fungerer som et nasjonalt smitteverninstitutt og har ansvar for overvåkning, rask avdekking og identifikasjon av infeksjoner og smittestoffer, meldesystemer, vaksineforsyning og beredskapsansvar for vaksiner, immunglobuliner og sera.

Gjennom Nasjonal medisinsk beredskapskomite medvirker instituttet til at de mikrobiologiske laboratoriene utvikler gode rutiner for å fange opp, identifisere og melde inn funn av smittsomme sykdommer. I løpet av 2010 vil instituttet i samarbeid med Norsk Akkreditering, Helsedirektoratet, og Helse- og omsorgsdepartementet sette i gang arbeidet med et nytt regelverk for legionella.

Dekningsgraden i barnevaksinasjonsprogrammet er fortsatt høy (94 pst.). Meslinger, kuma og røde hunder er nå nærmest utryddet. Innføringen av pneumokokkvaksinen har ført til en betydelig nedgang i antallet tilfeller av sepsis og hjernehinnebetennelse forårsaket av denne bakterien.

I 2010 ble det utredet hvorvidt instituttet skal drive vaksineproduksjon i framtiden. Utredningen konkluderte med at dagens praksis for innkjøp av vaksiner i det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet er tilfredsstillende, men at vaksineproduksjon mot influensapandemi, meningokokk B, og sesonginfluensa i større grad bør utredes. Departementet vil arbeide videre med disse spørsmålene i 2011.

Instituttet har påvist at klimaendringer kan medføre økt risiko for smittestoffer som tidligere ikke har hatt naturlig forekomst i vår del av verden.

Instituttet viderefører arbeidet med å forebygge sykdom og helseskade forårsaket av miljøskadelige stoffer. Instituttet gir løpende råd til Klima- og forurensningsdirektoratet om helserisikovurderinger knyttet til kjemikalier og partikler i ute- og inneluft og til Mattilsynet om helseeffekter av ulike næringsmidler og drikkevann.

Instituttet vil i 2010 legge fram en rapport med forslag til tiltak som kan bidra til å forebygge psykiske problemer. Fordi det er så mange sider ved livet og samfunnet, som påvirker den psykiske helsen, er det komplisert å forebygge psykiske lidelser. Psykiske lidelser er imidlertid en viktig årsak til uføretrygdtilfeller og sykefravær, og derfor er det viktig å utvikle bedre forebyggingsmetoder.

Instituttet mottar om lag 50 000 saker hvert år for retts toksikologiske analyser og utfører opp til en million enkeltstoffanalyser årlig. Dette arbeidet er av stor betydning for rettssikkerheten til norske borgere.

Instituttet gjennomfører årlig flere brukerundersøkelser for å sikre at instituttets tjenester opplevs som nyttige og gode for brukerne.

Forprosjektering av nye lokaler for Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt folkehelseinstitutt har om lag 900 ansatte i Oslo, hvorav 500 er lokalisert på Lindern i

Oslo, i arealer leiet fra Statsbygg. I tillegg leier instituttet lokaler fra privat utleier på Myren i Oslo.

Flere av bygningene på Lindern er rundt åtti år gamle og preges av ombygginger og provisoriske løsninger. Blant annet er tilstanden på teknisk anlegg i hovedbygningene, standard og hensiktsmessighet på hjørnebygg og kontorvilla, samt tilstanden for dyreavdelingen og virologibygget bakgrunn for at bygningsmassen bør rehabiliteres og erstattes.

En konseptvalgutredning ble ferdigstilt i 2009, og denne har i 2010 vært gjennom en ekstern kvalitetssikring hos Dovre Group og Transportøkonomisk Institutt. Målet med utredningsarbeidet er å finne den løsningen som gir Nasjonalt folkehelseinstitutt mulighet til å opprettholde og forbedre instituttets tjenester; øke fleksibiliteten, bidra til forsvarlig og mer effektiv drift og et bedre og mer tilfredsstillende arbeidsmiljø for ansatte.

Følgende fem alternative konsepter er kvalitetssikret:

- Alternativ 0+: Ny dyreavdeling og virologibygget, samt liten rehabilitering av kontorarealer. Full utbygging tilsvarende alternativ 2b settes i gang i 2030.
- Alternativ 1: Som alternativ 0+, samt riving, nytt laboratoriebygg L8 og en større rehabilitering.
- Alternativ 2a: Alternativ 1, samt påbygg på eksisterende nye hovedbygg.
- Alternativ 2b: Alternativ 1, samt større riving og nybygg ny hovedbygning.
- Alternativ 3: Nytt bygg på annen tomt, sentralt lokalisert i Oslo-området eller en mindre sentral lokalisering.

Ev. fortsettelse av vaksineproduksjonen videreføres i laboratoriebygget L6 for alle alternativene.

Kvalitetssikringen konkluderer med at deler av bygningsmassen på Lindern er uhensiktsmessig, og at arbeidsforholdene for enkelte funksjoner er på kanten av det forsvarlige - forhold som uten tiltak vil forverres over tid - og at det vil være en klar fordel å samle all virksomhet på ett sted både administrativt og faglig. Kvalitetssikrer har konkludert med at alternativ 3, nytt bygg på annen tomt, er det beste. På Lindern framstår alter-

nativ 2b som det beste. Sistnevnte er også konseptvalgutredningens anbefaling.

Etter en samlet vurdering foreslås det å starte forprosjektering med sikte på full rehabilitering og nybygg, på Lindern der instituttet i dag er lokalisert (alternativ 2b). Det er lagt til grunn to års forprosjektering etterfulgt av ekstern kvalitetssikring av styringsunderlag og kostnadsoverslag. Forprosjekteringskostnadene er foreløpig estimert til totalt 123 mill. kroner, hvorav beregnet bevilgningsbehov i 2011 er 37 mill. kroner. Det vises til omtale under kap. 2445, Statsbygg, post 30, Prosjektering.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra kap. 710, post 01 til kap. 700, post 01 i tilknytning til oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

I St.prp. nr. 67 (2008-2009) ble det foreslått at ansvaret for organisering av tilbudet om dødsstedsundersøkelser skulle legges til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Bevilgningen over kap. 710, post 01, ble styrket med 2,7 mill. kroner til planlegging og drift av ordningen. Beløpet ble foreslått videreført i Prop. 1 S (2009-2010). Kostnaden for helårsdrift ble i 2007 beregnet til 5,4 mill. kroner. For at Nasjonalt folkehelseinstitutt skal kunne drifte ordningen på helårsbasis, foreslås bevilgningen over kap. 710, post 01, økt med 1 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2010.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Norges avtale med vaksineprodusenten GSK om kjøp av pandemivaksine ble utløst ved WHO's erklæring av pandemi i juni 2009. Gjennom Stortingets vedtak ved behandling av Prop. 1 S (2009-2010) og Prop. 2 S (2009-2010) ble det bevilget hhv. 452 mill. kroner i 2009 og 206 mill. kroner i 2010 til kjøp av vaksinedosene. På grunn av pandemiens utvikling ble vaksineprodusenten og departementet enige om å redusere kjøpsforpliktelsene med 30 pst. tilsvarende 206. mill. kroner. Alle vaksiner som etter dette ble avtalt levert, er nå mottatt.

Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
02	Diverse inntekter	244 326	162 277	167 308
03	Vaksinesalg	93 552	105 300	105 300
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	6		
16	Refusjon av foreldrepenger	5 030		
17	Refusjon lærlinger	334		
18	Refusjon av sykepenger	5 799		
	Sum kap. 3710	349 047	267 577	272 608

Kap. 711 Ernæring og mattrygghet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter		18 521	19 576
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>		11 000	11 102
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>		1 000	1 009
74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>		17 289	17 825
	Sum kap. 711		47 810	49 512

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

Når det gjelder Mattilsynets bevilgning, er denne omtalt i programkategori 15.10 og kap. 1115 i Prop. 1 S (2010–2011) for Landbruks- og matdepartementet.

Post 01 Driftsutgifter

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

Vitenskapskomiteen for mattrygghet

Vitenskapskomiteen for mattrygghet er en uavhengig, faglig komite med formål å sikre vitenskapelige risikovurderinger for Mattilsynet av forhold med betydning for helsemessig trygghet i hele matkjeden. Komiteen utfører i tillegg vitenskapelige risikovurderinger på områdene kosmetikk, dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse. Komiteen har også ansvar for miljørisikovurderinger av genmodifiserte organismer (GMO), som de utfører på oppdrag fra Direktoratet for naturforvaltning. Ny vitenskapskomite for perioden 2010–2013 ble oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet 1. mai 2010.

Fra 1. januar 2010 ble Vitenskapskomiteen for mattrygghet en egen virksomhet direkte under Helse- og omsorgsdepartementet. Omorganisering av administrative forhold pågår og ventes sluttført ved årsskiftet 2010/2011. Sekretariatet for komiteen er lokalisert ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og har 14 ansatte.

Vitenskapskomiteens femårsjubileum ble markert i 2009 med blant annet en rapport over aktiviteten de første fem årene. I alt ble 39 risikovurderinger publisert i 2009. Store saker som kan nevnes, er risikovurdering av planteråvarer i fiskefôr og risikovurdering av avløpsslam som jordforbedringsmiddel. Det har som tidligere år vært utført mange helse- og miljørisikovurderinger av GMO. Av arbeid i startfasen kan nevnes risiko- og nyttevurdering av amming for barnets helse og helserisiko forbundet med mykotoksiner i korn.

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

Deltakelse i EFSA (European Food Safety Authority) og andre internasjonale kompetansehevede fora er høyt prioritert, jf. kap. 703. Direktøren for Vitenskapskomiteen for mattrygghets sekretariat deltar i EFSA Advisory Forum. Konsekvenser av norsk gjennomføring av EUs matlovsforordning for deltagelsen i EFSA følges opp, blant annet gjennom arbeidet med å etablere sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet som norsk kontaktpunkt for EFSA.

Samhandlingen med Mattilsynet, Direktoratet for naturforvaltning, kunnskapsinstitusjonene på matområdet og andre aktører må videreutvikles for blant annet å kunne ivareta rollen som norsk kontaktpunkt for EFSA. Det bør skaffes bedre oversikt over kostholdsdata og forekomst av ulike stoffer i mat og fôr for å ivareta norske hensyn og for å synliggjøre situasjonen i vårt land overfor EU. Sekretariatet vil øke sin kompetanse og kapasitet til å bistå komiteen i å gjennomføre eksponeringsberegninger av tilfredsstillende kvalitet og med oppdatert metodikk.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Handlingsplan for bedre kosthold

Kostholdet påvirker helsen gjennom hele livet og har sammenheng med utviklingen av overvekt og folkesykdommer som type 2-diabetes, enkelte

kreftformer og hjerte- og karsykdommer. Tiltakene skal bidra til å gjøre sunn mat lettere tilgjengelig og enklere å velge, styrke kompetanse hos forbrukere og nøkkelgrupper og gi bedre kunnskap om status for kostholdet.

Hovedføringene for arbeidet innen ernæring ligger i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) Oppskrift for et sunnere kosthold, som 12 departementer står bak. Evalueringsarbeid starter opp i 2010 /2011 og endelig rapport vil foreligge i 2012.

Overvåking og dokumentasjon

Helsedirektoratet samarbeider med Mattilsynet om et felles system for mat- og kostholdsovervåking. Dataene brukes både til utforming og evaluering av ernæringspolitikken og til risikovurderinger i regi av Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Rapporter fra landsomfattende undersøkelser av kostholdet til 6, 12 og 24 måneder gamle barn (2008–2009) viser bedring i kostholdet siste 10 år. Langt flere ammes i hele første leveår. Blant de 24 måneder gamle barna hadde 84 pst. et sukkerinntak i tråd med anbefalingene, mot 45 pst. i 1999. Dette skyldes i stor grad en nedgang i inntaket av søt drikke.

En ny nasjonal kostholdsundersøkelse blant voksne (NORKOST) gjennomføres i 2010–2011. En ny landsomfattende kostholdsundersøkelse blant barn og unge (Ungkost) planlegges 2012–2013. De største ernæringspolitiske utfordringene framover er å øke inntaket av frukt og grønnsaker, grove kornprodukter og fisk, samt å redusere inntaket av salt og sukker. Som oppfølging av Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet (2006) er det iverksatt fellesnordiske overvåkings-, kommunikasjons- og etterutdanningstiltak, og det arbeides med eksempelsamling om gode prosjekter og erfaringer.

Et sunt marked

Hensikten med tiltakene på dette området er å gjøre det enklere for forbrukerne å foreta sunne valg. Dialogarenaen med matvarebransje, forbrukere og forskere som ble etablert i 2007, er videreført.

Et frivillig nøkkelhullsmerke som sunnhetsmerkeordning på matvarer ble lansert i 2009. Ordningen er forskriftsfestet som en felles ordning i Norge, Sverige og Danmark. Helsedirektoratet og Mattilsynet følger opp ordningen med informasjons- og tilsynsarbeid. En forbrukerundersøkelse

i 2009 viste at 9 av 10 (90pst.) av de som handler inn mat, kjenner til nøkkelhullet, men kun 2 av 10 (20pst.) var kjent med at myndighetene står bak merkeordningen. Hele 60 pst. ønsker større utvalg og bedre synlighet i dagligvarebutikkene. Det planlegges en informasjonskampanje med butikk som arena i 2011.

En kartlegging i regi av Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) i 2008/2009 viser økning i hurtigmatmarkedet de senere år og dominans av usunne produkter. Sunnere alternativer etterspørres, men er lite tilgjengelige og til relativt høye priser. Helsedirektoratet støttet kartleggingen og planlegger ulike tiltak som kan bidra til sunnere tilbud. Det er bl.a. igangsatt arbeid med å kartlegge om utvidelse av nøkkelhullsmerking til dette markedet er riktig vei å gå for å bedre tilbud og tilgjengelighet av sunnere alternativ.

Helsemyndighetene lanserer i 2010/2011 nye kostråd som ledd i arbeidet med å nå ut med kostholdsinformasjon til hele befolkningen. Kommunikasjonsplanen ses i sammenheng med kommunikasjon av Nøkkelhullet.

Det arbeides for å bedre næringsdeklarasjonen på matvarer i forbindelse med utviklingen av nytt regelverk om matinformasjon, jf. omtale av mattrygghet og forbrukerhensyn nedenfor og kap. 703.

1. januar 2009 ble avgiften for alkoholfrie drikkevarer økt med over 60 pst. ut over normal prisjustering for å øke prisforskjellen mellom sukret/søtet drikke og usøtede drikkevarer som flaskevann, juice med mer. Det arbeides videre med å vurdere ytterligere økonomiske virkemidler for å fremme sunt kosthold. Det nye regelverket for merking av matvarer i EU, matinformasjonsforordningen, antas å få krav til merking av totalt sukkerinnhold. Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet har i 2010 startet en vurdering av om nye regler om merking av totalt sukkerinnhold kan danne grunnlag for en ny gradert sukkeravgift. Toll- og avgiftsdirektoratet har så langt, i samråd med Mattilsynet, kommet fram til at EUs nye regler om merking, slik de ligger an nå, er uegnet som grunnlag for en ny generell sukkeravgift. Helse- og omsorgsdepartementet vil fortsatt arbeide for å påvirke beslutninger i EU, blant annet i forhold til sukkerinnhold. Alternativt vil en vurdere andre mulige endringer for å gjøre dagens avgifter på alkoholfrie drikkevarer, sukker og sjokolade og sukkervarer mer treffsikre.

Tiltak overfor barn og unge

Ny brosjyre om ernæring og fysisk aktivitet i svangerskapet inkludert omtale av tobakk og alkohol, ble lansert i 2009. Den etterspørres sammen med brosjyrene Mat for spedbarn og Hvordan du ammer ditt barn, som ledd i helsestasjonenes individuelle rådgivningsarbeid. Denne rådgivningen bidrar til å nå alle grupper i samfunnet, jf. hensynet til sosial ulikhet i helse. Helsedirektoratet har sammen med Mattilsynet og Folkehelseinstituttet oppdatert stoff til gravide på internett. Direktoratet har også fått ansvar for å opprette og drifte en ny nettportal for gravide/tidlig barseltid.

Gratis utdeling av vitamin D-dråper til spedbarn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn ble et landsomfattende tilbud våren 2009. Fylkesvis kursvirksomhet knyttet til etablering av ammekyndige helsestasjoner er avsluttet. Som et resultat er allerede fem kommuner med ammekyndig helsestasjon godkjent og 80 nye kommuner er i prosess for godkjenning. Godkjennings- og oppfølgingsansvar for ammekyndig helsestasjon ligger hos Nasjonalt kompetansesenter for amming.

Det tas sikte på å gjennomføre en ny kartlegging av mat og måltidstilbud i barnehager som oppfølging av kartlegging i 2005. Samarbeidsprosjektet Fiskesprell, som hittil har rettet seg mot barnehage og ungdomsskole, er nå også introdusert i Mat og helsefaget på barnetrinnet. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Partnerskap for folkehelse i fylkene. Tiltaket er et samarbeid mellom helsemyndighetene, fiskerimyndighetene og Eksportutvalget for fisk. Tiltaket har stor oppslutning.

Kokebok for alle ble revidert i 2009 og gis gratis til alle ungdomsskoleelever i Mat- og helsefaget samt til høyskolestudenter i Mat- og helsefaget.

Utviklingen på markedsføringsområdet, med bakgrunn i bransjens egne retningslinjer for markedsføring av mat og drikkevarer rettet mot barn, følges nøye. I samarbeid med Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet er det igangsatt et evalueringsarbeid i regi av Statens institutt for forbruksforskning. Resultatet av dette og annen kunnskap vil ligge til grunn for eventuelle nye tiltak fra myndighetenes side. Norge leder et europeisk nettverk som arbeider for å redusere markedsføring av usunn mat og drikke overfor barn og unge. Arbeidet er et samarbeid med Verdens helseorganisasjon (WHO), som våren 2010 vedtok anbefalinger for hvordan medlemslandene skal arbeide for å redusere slik markedsføring. Disse anbefalingene vil bli fulgt opp i 2011.

Utdannings- og helsemyndighetene har de senere år samarbeidet om tiltak for å fremme økt fysisk aktivitet og gode kostvaner i skolen. Utdanningsdirektoratet har blant annet gjennom seks regionale konferanser våren 2009 formidlet erfaringer fra prosjektene fysisk aktivitet og måltider i skolen (2004–2007) og utprøving av modeller for utvidet skoledag med bl.a. skolemat (2007/2008).

Evalueringsrapport av forsøk med utvidet skoledag 2007/2008 viste at flere skoler er blitt mer bevisst på å tenke helhetlig rundt elevenes skolehverdag der fysisk aktivitet og måltider inkluderes. Kunnskapsdepartementet iverksatte i 2009 nye modellforsøk 2009–2012, blant annet på bakgrunn av erfaringer fra tidligere forsøk. Modellene skal inneha elementene daglig fysisk aktivitet, skolemat, leksehjelp og kulturelle aktiviteter.

Selv om det skjer mye positivt, er det fortsatt utfordringer knyttet til skolemåltidet, blant annet med hensyn til tid til å spise. Særlig på mellomtrinnet 5.–7. trinn ser det ut til at mange skoler tilbyr under 20 minutters spisetid.

Det er behov for å bedre kompetansen blant lærere som underviser i faget Mat og helse, da undersøkelsen til Statistisk sentralbyrå 2005/2006 viser at dette faget er der færrest av de som underviser har fordypning (kun 36 pst.).

Når det gjelder videregående skoler, tilbyr de fleste skoler frukt og har installert vannkølere. Kartlegging i 2008 viste imidlertid at 35 pst. tilbyr brus med sukker og 30 pst. tilbyr sjokolade. Flere fylker har via Partnerskap for folkehelse satsinger på helsefremmende videregående skoler hvor godt mat- og drikketilbud er en viktig del.

Ernæringsarbeid i kommunene

Ulike modeller for forankring av ernæringsarbeid i kommunene er under utprøving. Modellene videreføres og evalueres i 2010–2011. Det skal også utvikles nye ernæringsindikatorer som kan inngå i kommunehelseprofiler. Videre arbeid ses i sammenheng med satsingen på å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunene som er sentralt i St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen.

Kokebok for alle er siden lansering høsten 2007 solgt til selvkost til kommunene til ulike kostholdsopplæringstiltak. Kursopplegget Bra mat tilbys i mange kommuner etter kurslederkurs på sentralt og fylkesnivå og videreføres i 2010/2011. Tilgang til spesialkompetanse i ernæring og ønske om regionale nettverk/møteplasser for fagpersoner etterlyses. Se også omtale av lavterskeltilbud under kap. 719, post 60, Tilbud for å fremme sunne levevaner.

Ernæring i helsetjenesten

Helseforetakene er siden 2008 bedt om at fokus på ernæring skal inngå i det samlede tilbud i spesialisthelsetjenesten. Personell med autorisert ernæringskompetanse finnes hovedsaklig i spesialisthelsetjenesten, som derfor har en viktig veilederrolle overfor kommunene på dette området. I tråd med samhandlingsreformen må kommunene støttes i arbeidet for å sikre ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten som ledd i forebygging, behandling og rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten har i dag begrenset kapasitet innenfor ernæringsfaglige tjenester. Framtidig behov for ernæringsfaglig personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenesten er under utredning.

En viktig del av arbeidet med å styrke ernæring i helsetjenesten er utarbeidelse, revisjon og implementering av faglige retningslinjer for bl.a. overvekt og fedme, diabetes, hjerte- og karsykdommer og underernæring.

Kartleggingen av mat- og måltidstilbudet i sykehjem fra 2008 ble fulgt opp med blant annet en brukerundersøkelse i 2009. En veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, er under utarbeidelse og skal ferdigstilles i 2010. Det ble i 2010 bevilget 4 mill. kroner til styrking av ernæringskompetanse som del av Kompetanseløftet 2015, se kap. 761, post 21.

Tiltak i arbeidslivet mv.

Ulike modeller for kompetanseheving i kosthold og ernæring relatert til arbeidsliv er under utprøving. Tiltakene har forankring i høyskoler, atfføringsbedrifter, privat sektor, frisklivstilbud og frivillige organisasjoner. Fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt er innlemmet i kompetanseplan og kvalifiseringsprogrammet for Nav. Ny forskrift fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet om arbeidsrettede tiltak gjeldende fra 1. januar 2009 åpner for å gi livsstilsveiledning som en del av arbeidsrettet rehabilitering.

Det tverrfaglige Kompetanseprogrammet Helsefremmende arbeidsplasser (2008–2009) er omtalt under kap. 719, post 73. Helsedirektoratet vil se på mulighetene for å se dette i sammenheng med det arbeidet som er igangsatt for å fremme sunnere mattilbud i hurtigmatmarkedet. Det er særlig viktig å nå grupper som er hyppige brukere, som for eksempel arbeidstakere innenfor transportnæringen og bygg- og anleggsbransjen, samt andre med mobile arbeidsplasser.

Mattrygghet og forbrukerhensyn

Det faglige ansvaret for matloven og for Mattilsynets forvaltningsområde er delt mellom Fiskeri- og kystdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Landbruks- og matdepartementet. For nærmere omtale vises det til Programkategori 15.10 og kap. 1115 i Prop. 1 S (2010–2011) for Landbruks- og matdepartementet.

Norge har fortsatt en gunstig situasjon sammenliknet med andre land når det gjelder smittestoffer i mat. Antallet meldte tilfeller av de vanligste meldepliktige sykdommene som blir overført gjennom mat eller drikkevann, og der årsaken er kjent, viste en svak økning fra 2008 til 2009. Det er fortsatt relativt få meldte tilfeller av smitte med salmonellabakterier. Rundt 80 pst. av de som får diagnosen salmonellose er smittet i utlandet.

Våren og sommeren 2009 var det et nasjonalt utbrudd av sykdom på grunn av en farlig variant av *E. coli*. Smittekilden ble ikke påvist. Det ble registrert over dobbelt så mange tilfeller i 2009 som i utbruddsåret 2006, uten at det kan sies noe klart om årsaken. Matsmittekomiteen, som ledes av Nasjonalt folkehelseinstitutt, deltok i forbindelse med dette utbruddet. Det var også et nasjonalt utbrudd med 20 registrerte tilfeller av tarmsykdommen shigellose forårsaket av importerte sukkererter.

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

Det kreves kontinuerlig innsats fra virksomhetene og fra Mattilsynet for å opprettholde og sikre god hygiene i matproduksjonskjeden. I 2007 ble flere sykehuspasienter syke på grunn av høy forekomst av listeriabakterier i en type bløtost. Mattryggheten for pasienter i helseinstitusjoner kom i fokus. Mattilsynet har gjennomført en tilsynskampanje rettet mot kjøkkenhygiene på sykehus og helseinstitusjoner. Omtrent halvparten av institusjonskjøkkenene fikk varsel om vedtak eller vedtak for ett eller flere forhold. Mattilsynet har rapportert at alle virksomheter med mangelfulle rutiner er fulgt opp og at tilstanden er forbedret.

I 2008 og 2009 er tilsynet med produksjon og omsetning av mat i serveringsnæringen styrket. Det er fortsatt grunn til å ha oppmerksomhet omkring de hygieniske forholdene i serveringsnæ-

ringen. Foreløpige resultat fra pilotprosjektet med en smilefjesordning i serveringsnæringen tyder på at ordningen fører til bedre etterlevelse av regelverket og er godt mottatt av forbrukerne. Mattilsynet vil se nærmere på sammenhengen mellom ressursinnsats og effekt av ulike tilsynsordninger med de mest aktuelle virksomhetene.

Mattilsynet vil fortsatt ha særlig oppmerksomhet på tilsynet med drikkevannsanlegg. Sterkere virkemidler må benyttes overfor vannverk som ikke leverer drikkevann av forskriftsmessig kvalitet og ikke oppfyller regelverket. Det vil også bli vurdert om andre tiltak skal settes i gang. For å få til tilstrekkelige resultater er det også behov for betydelige investeringer fra eierne for å forbedre infrastrukturen, for eksempel nye renselanlegg og ledningsnett.

Mattilsynet koordinerer og leder utviklinga av nasjonale mål med frister under WHO/UNECES protokoll om vann og helse for tiltak på vannområdet. Nasjonale mål vil være en del av den norske gjennomføringen av protokollen. Se også kap. 703.

Det er fortsatt få funn av fremmedstoffer i mat i Norge, og situasjonen har vært stabil i flere år. Dette gjelder så vel for overvåkingsprogrammene for rester av plantevernmidler og legemidler, som for kartleggingen av soppgifter (mykotoksiner) i matvarer og fôr.

Mattilsynet gjennomførte i 2008 en tilsynskampanje om kosttilskudd og helsekost som viste at det er behov for mer systematisk kontroll av disse produktene. Høsten 2010 vil Mattilsynet påbegynne en områdeanalyse om kosttilskudd. Formålet er å identifisere de viktigste forvaltningsmessige utfordringene, og å få et grunnlag for videre planlegging av tilsynsaktiviteter.

Reglene om merking av mat og drikke skal bidra til å fremme forbrukerhensyn. Gjennom merking fremmes redelig omsetning og forbrukerne sikres korrekt informasjon. Merking er også et viktig virkemiddel i arbeidet for å endre befolkningens kosthold i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger og for å redusere sosiale forskjeller i kosthold. Det vises til omtale av Nøkkelhullsmerkingen under avsnittet Et sunt marked.

De senere år har det blitt nedlagt mye arbeid for å forbedre merkeregulverket, bl.a. i forbindelse med EUs utvikling av en ny matinformasjonsforordning, der Norge har vært aktive for å fremme norske synspunkter.

Norske myndigheter har også lagt vekt på medvirkning i arbeidet med forordningen om ernærings- og helsepåstander som pågår i EU. Særlig har det vært fokusert på å etablere best mulig ernæringsprofiler. Sentrale deler av påstandsre-

regelverket gjenstår å fastsette. Forordningen ble gjennomført i Norge ved forskrift om ernærings- og helsepåstander om næringsmidler 17. februar 2010.

Etter oppdrag fra Stortinget er Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å ta initiativ til en opprydding og gjennomgang av reglene for bruk av matmerking. Oppdraget er delvis overlappende med et oppdrag Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har fått om å lage en oversikt over alle forbrukerrettede merkeordninger som er offisielle eller får offentlig støtte og formålet med ordningene. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på en del felles spørsmål. I arbeidsgruppa deltar foruten Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet, også Fiskeri- og kystdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Miljøverndepartementet.

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

Arbeidet i globale organisasjoner som Codex Alimentarius-kommisjonen og Den internasjonale vinorganisasjonen (OIV) følges også nøye. Disse organisasjonene lager internasjonale standarder på mat- og vinområdet.

Kosmetikk

Mattilsynet har ansvaret for regelverket for kosmetikk og kroppsspleieprodukter i Norge, og skal føre et aktivt tilsyn for å medvirke til at slike produkter er helsemessig sikre for mennesker og dyr. Da Norge er det land i verden etter Australia og New Zealand som har høyest frekvens av hudkreft, har norske tilsynsmyndigheter lagt vekt på tilsyn med solkremers evne til å beskytte mot ultrafiolett (UV) stråling. En undersøkelse Mattilsynet publiserte i mai 2010 viste at bare 50 pst. av de undersøkte produktene ga tilstrekkelig UVA-beskyttelse. Norske myndigheter ønsker at Europakommisjonens retningslinjer fra 2006 på dette området skal få lovs kraft innen EØS og arbeider aktivt for dette.

Det ble i 2008 etablert et nasjonalt register over bivirkninger ved bruk av kosmetiske produk-

ter. Registeret er et sentralt virkemiddel for Mattilsynets tilsyn med kosmetikk i Norge. Det skal gjøre det enklere for forvaltningen å følge opp meldinger om bivirkninger på en systematisk måte. Mattilsynet har per juni 2010 mottatt 96 meldinger. Registeret er fortsatt i en etableringsfase, og det arbeides med å øke innrapporteringstakten. Det er hovedsakelig utslag av kontaktdermatitt som blir rapport.

Kosmetikk kommer også inn under Europakommisjonens rapporteringssystem for alle forbrukerprodukter (RAPEX). Her rapporteres alle farlige produkter. I perioden 2008–2009 mottok norske myndigheter 186 meldinger. 4 av produktene ble funnet på det norske markedet.

Antall stoffer som er forbudt brukt i kosmetikk, har økt betydelig i de senere år; fra 239 i 2005 til 1371 i 2010. Det dreier seg for det meste om hårfarger. Overfor Europakommisjonen har norske myndigheter tatt opp problemer med bruk av bl.a. triklosan og formaldehyd i kosmetikk.

EU vedtok i 2009 en ny kosmetikkforordning som skal erstatte det tidligere kosmetikkdirektivet etter en overgangstid på 3 år. Forordningen inneholder bl.a. bestemmelser for bruk av nanoteknologi. I Norge er forordningen til behandling for evt. innlemmelse i EØS-avtalen.

Oppmerksomheten om kropp og helse øker. Det fører til at bransjene bruker betydelige ressurser på å utvikle og markedsføre kroppsspleieprodukter som gir inntrykk av å være helsefremmende. Innovasjon og produktutvikling skjer raskt. Det brukes nye teknologier og utvikles nye produkter med ingredienser som har spesielle funksjonelle egenskaper (bioaktive stoffer). Grensene mellom hva som er kosmetikk og hva som er legemidler blir mer uklare. Norske myndigheter vil gjennom sin deltakelse i EUs ekspertgrupper forsøke å få slike stoffer regulert i EUs kosmetikkregelverk. For å sikre at befolkningen ikke utsettes for helserisiko som følge av den teknologiske utviklingen på kosmetikkområdet, er det behov for økt innsats når det gjelder forbrukerretting, kunnskapsinnhenting, regelverksutvikling og tilsyn med bruk av nanopartikler og bioaktive stoffer i kosmetikk.

Post 70 Tilskudd

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

Post 74 Skolefrukt

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

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

Abonnementsordningen videreføres på rene barneskoler parallelt med kommunenes gratisordning for skoler med ungdomstrinn. Våren 2010 abonnerte 45 700 elever og 8400 fikk betalt sitt

abonnement av egen kommune, dvs. totalt 54 100 deltakere i abonnementsordningen. Det er en utfordring at undersøkelser har vist at abonnementsordningen kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller i kostvaner blant barna, siden mange av abonnentene allerede spiser sunnere enn ikke-abbonenter. Dette bidrar også til tregere økning i abonnementsstallet enn ønskelig.

Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker kartlegger hvert semester holdninger til og effekt av så vel abonnementsordningen som gratisordningene ved de skolene som benyttet opplysningskontorets skolefruktsystem. Undersøkelsene viser at skolene i hovedsak er svært positive til skolefruktordningen, enten den er gratis eller foreldrebetalt. Det har videre kommet fram at gratis frukt/grønt påvirker det sosiale miljøet på skolen. Gratisskolene opplevde i større grad enn abonnementskolene positive effekter som at frukt/grønt bidrar til mer ro i klassene og til å bedre elevenes konsentrasjonsevne, noe som igjen gir bedre læringsmiljø.

Kap. 712 Bioteknologinemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2009	budsjett 2010	2011
01	Driftsutgifter	8 090	8 117	8 339
	Sum kap. 712	8 090	8 117	8 339

Bioteknologinemnda er et frittstående og rådgivende organ, oppnevnt i henhold til bioteknologiloven og genteknologiloven. Nemnda drøfter etiske og samfunnsmessige spørsmål knyttet til bioteknologisk og genteknologisk virksomhet, informerer publikum, bidrar til samfunnsmessig

bevisstgjøring og gir råd til norske myndigheter om bio- og genteknologi. Nemnda holder åpne møter, avgir uttalelser og arrangerer kurs for lærere og ungdom. Det er stor etterspørsel fra skoleelever og lærere etter nemndas informasjonsmaterieil.

Kap. 3712 Bioteknologinemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2009	budsjett 2010	2011
16	Refusjon av foreldrepenger	198		
18	Refusjon av sykepenger	3		
	Sum kap. 3712	201		

Kap. 715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	budsjett 2010	
01	Driftsutgifter	76 483	70 710	73 727
21	Spesielle driftsutgifter	54 373	41 179	41 562
	Sum kap. 715	130 856	111 889	115 289

Følgende bevilgning foreslås flyttet:

- 0,75 mill. kroner til post 01 fra kap. 1115, post 01. Bevilgningen er knyttet til sommerovervåking og soppmålinger.

Statens strålevern er fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet. Strålevernet ivaretar befolkningens helse, bl.a. ved tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning, og med de to forskningsreaktorene i Norge. Videre overvåker Statens strålevern naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv. Den nasjonale atomberedskapen ledes av Strålevernet, som også innehar sekretariat og operasjonslokaler.

Strålevern

Strålekildebruk på norske arbeidsplasser er omfattende. Strålevernets tilsynsarbeid er videreutviklet gjennom valg av struktur og metodikk og dokumenterte prosedyrer for de ulike fasene av tilsynsprosessen. Grunnlaget for dette arbeidet har vært intensivt gjennom samarbeidet med de andre HMS-etatene om tilpassing og utvikling av tilsynsmetodikk, spesielt med vekt på kvalitetssikring av tilsyn og videreutvikling av tilsynskompetanse. Omfanget av tilsynet med Institutt for energiteknikk ble økt i 2009. Dette styrkede tilsynet omfattet også en mer strukturert kommunikasjon.

Beskyttelse fra stråling i miljøet

Kommunene er delegert tilsyn med solariene. Det er opprettet tilgang for alle kommuner til selv å sjekke om et solarium er innmeldt til Statens strålevern. Når det gjelder eventuell helsefare fra høyfrekvente elektromagnetiske felt er det nedsett en ekspertgruppe som skal gjennomgå forskningsstatus og forvaltningsprinsipp for mobilmaster, trådløse nettverk mv.

Radon i inneluft er årsak til om lag 300 lungekreftdødsfall i året og er etter aktiv røyking den hyppigste årsak til lungekreft i Norge. Strålever-

net leder en koordineringsgruppe for oppfølging og implementering av Regjeringen sin Strategi for å redusere radoneksponering i Norge.

Strålevernet er fagstyresmakt for Miljøverndepartementet i saker om radioaktiv forurensing i det ytre miljø, og mottar midler over budsjettet til Miljøverndepartementet, jf. kap. 1473, Statens strålevern.

Resultater fra de nasjonale overvåkingsprogrammene viser ingen dramatiske endringer i nivå eller trender. Den marine delen av overvåkingsprogrammet er noe revidert med sikte på tilpassing til arbeidet med forvaltningsplanene og til arbeidet med å utvikle en ny internasjonal avtale om marin overvåking hjemlet i Oslo-Paris-konvensjonen.

Strålevernet støtter Utenriksdepartementet i realiseringen av handlingsplanen for atomtrygghet i Nordvest-Russland. Strålevernet samarbeider i tillegg direkte med russiske myndigheter og har inngått samarbeidsavtaler med fire ulike russiske styresmakter. Strålevernet er koordinator for to program finansiert via Innovasjon Norge som skal gi til økt atomtrygghet i Bulgaria og Romania. Disse vil bli slutført i 2011. Myndighets-samarbeidet med flere land i Sentral-Asia og Hviterussland vil bli opprettholdt.

Atomberedskap

Beredskapsarbeidet følges opp med trusselvurderinger, fornyelse av overvåkingsutstyr, øvelser (sentralt og for fylkesmennene) og håndtering av hendelser. Nært samarbeid på direktornivå er sikret gjennom Kriseutvalget for atomberedskap. Strålevernet har implementert nordiske kriterier for varsling og informasjonsutveksling ved atomhendelser. Beredskapsplanen for Kriseutvalget for atomberedskap er gjort tilgjengelig i beredskapsorganisasjonens kommunikasjonssystem. Overfor fylkesmennene gjennomfører Strålevernet kompetanseheving og har samarbeidet med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

om øvelser. En ny nasjonal øvelse på atomområdet planlegges i nært samarbeid med direktoratet høsten 2010.

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

Planleggingen av framtidig nedlegging og opprydding pågår. Strålevernet har observatørstatus i utvalget som utreder langtidslagring av brukt atombrensel fra reaktorene.

Strålevernet bidrar i oppfølgingen (målinger/mottiltak/konsekvenser) etter radioaktiv forurensning av blant annet kjøtt og melk i Norge et-

ter reaktorulykken i Tsjernobyl i 1986. Dette innebærer også kompetanseoppbygging blant annet innen strålevern og målemetoder. Det er viktig å ha tilstrekkelig målekapasitet og nødvendig kompetanse også med hensyn til en eventuell ny hendelse.

Norge har som leder for et EU-finansiert prosjekt, sammen med WHO og andre aktører, utarbeidet en håndbok for håndtering av en befolkning som blir utsatt for stråling i forbindelse med terroraksjoner. En tverrsektoriell arbeidsgruppe med representanter fra Kriseutvalget for atomberedskap er i gang med å kartlegge utfordringer for den nasjonale atomberedskapsorganisasjonen og vurdere ressursbehov. Et grunnlag for dimensjonering av den norske atomberedskapen basert på ny trusselvurdering er ferdigstilt i 2010. Bestemte scenarier er lagt til grunn for å kunne foreta en prioritering av behovene og planlegge en best mulig oppgradering av beredskapen.

Kap. 3715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
02	Diverse inntekter	8 224	39 276	40 494
04	Gebyrinntekter			3 100
05	Oppdragsinntekter	55 810	7 101	4 221
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	14		
16	Refusjon av foreldrepenger	269		
18	Refusjon av sykepenger	720		
	Sum kap. 3715	65 037	46 377	47 815

Følgende bevilgning foreslås flyttet:

- 3,1 mill. kroner fra post 05 til post 04.

Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter	40 828	35 950	37 084
	Sum kap. 716	40 828	35 950	37 084

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

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

Instituttet skal i 2011 videreutvikle nettverks-samarbeidet med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og med forskningsinstitusjoner i inn- og utland. Instituttet skal også samarbeide med relevante universitets-, høyskole-, og andre fagmiljøer, spesielt Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo.

Statistikkdatabasen RusStat gir tilgang til aktuell rusmiddelstatistikk og mulighet for å søke etter og bearbeide data. I 2011 skal instituttet fortsette arbeidet med å utvikle alkoholstatistikken.

Instituttet arbeider med forskningsbasert kunnskap om forebyggingsstrategier, bl.a. studeres kommunenes forebyggende arbeid på rusmiddel-feltet, rammebetingelser og kommunenes forvaltning av de rusmiddelpolitiske virkemidlene de har til rådighet. Her inngår også å gjøre forskningsbasert kunnskap på forebyggingsområdet anvendbar for tjenestene og forvaltningen.

Prosjektet knyttet til effekten av statlige tobakkspreventive tiltak ble sluttført i 2008. Instituttet skal i 2011 fortsette nasjonal og internasjonal formidling av resultater fra evalueringen. Instituttet skal også drive forskning som belyser den økte bruken av snus.

Det er i gang en tiårs oppfølging av narkotikamisbrukere som ble tatt inn i behandling i 1998/1999 i den såkalte kost/nytte-studien, som tar sikte på å studere hvordan det går med ulike grupper som tas inn i ulike typer behandling.

Arbeidet for å belyse narkotikamarkedet, herunder narkotikapriser, finansiering og omfang av bruk av rusmidler blant sprøytemisbrukere i Oslo fortsetter i 2011. I tillegg skal instituttet fortsette forskningen om rusmiddelbruk blant innvandre-re. Også forskning og dokumentasjon knyttet til rusmiddelrelaterte problemer i arbeidslivet, bl.a. fravær som skyldes bruk av rusmidler, skal prioriteres.

Instituttet skal fortsette forskning på bruk av alkohol blant eldre og ulike konsekvenser av rusmiddelbruk i ulike befolkningsgrupper. Videre skal instituttet prioritere problemstillinger knyttet til tjenesteforskning.

Instituttet bistår departementet i oppfølgingen av Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet.

Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2009	budsjett 2010	2011
02	Diverse inntekter	5 291	2 180	2 248
16	Refusjon av foreldrepenger	234		
18	Refusjon av sykepenger	535		
	Sum kap. 3716	6 060	2 180	2 248

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	Saldert budsjett 2010	
85	Statens overskuddsandel	70 014	39 500	39 500
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	70 017	39 502	39 502

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

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

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

Resultat 2009

Per 31. desember 2009 var 245 av Vinmonopolets 248 utvalg selvbetjente. Det ble åpnet 9 nye selvbetjente utvalg i 2009. I tillegg ble 4 butikker renoverert. Vinmonopolet har inntil mai 2010 hatt fem butikkategorier: Fullsortiment med rundt 1800 produkter, hovedsortiment med om lag 880 produkter og grunnsortiment med om lag 500 produkter. Distriktsbutikkene har rundt 250 produkter og filialene om lag 190 produkter.

Styret i Vinmonopolet har vedtatt å åpne 11 nye utvalg i 2010.

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

Nemnd for prøving av Vinmonopolets beslutninger om innkjøp mv. ble opprettet i 1997 som ledd i å sikre leverandørene markedstilgang på like vilkår. I 2009 mottok nemnda 8 klager, Vinmo-

nopolet fikk medhold i 6 av klagen. 1 klage ble omgjort etter oversendelse til nemnda.

Vinmonopolet solgte totalt 76,7 millioner liter i 2009, en økning på 4,0 pst. fra 2008. Salget av svakvin økte med 4,8 pst. til 62,1 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker økte med 0,6 pst. til 12,9 mill. liter i 2009. Salget av sterkvin gikk ned med 6,1 pst. til 0,8 mill. liter, mens det ble solgt 820 000 liter sterkøl – en økning på 8,6 pst. fra 2008. Alkoholsvake drikker økte med 1,8 pst. til 104 000 liter.

Vinmonopolets omsetning (ekskl. mva.) var 10,95 mrd. kroner i 2009. Av dette var 6,0 mrd. kroner avgifter til staten. Driftsresultatet var 78,5 mill. kroner, en reduksjon på 28,9 mill. kroner fra 2008. Resultatnedgangen skyldes hovedsakelig økte lønns- og driftskostnader. Av resultatet før vinmonopolavgift på 117,2 mill. kroner er 20,7 mill. kroner beregnet til vinmonopolavgift og 48,3 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 48,3 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2009 et resultat på 5,0 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Vinmonopolet ser salgsøkningen i 2009 hovedsakelig i sammenheng med åpning av 9 nye utvalg, stadig økende interesse for vin samt fortsatt høy kjøpekraft i befolkningen. Tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning viser at Vinmonopolet tar markedsandeler fra uregistrert alkoholomsetning som blant annet omfatter hjemmebrent og smuglersprit.

Virksomheten forøvrig

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

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

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

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

Alle sider ved Vinmonopolets alkoholpolitiske oppdrag og virksomhet formidles gjennom ulike trykksaker, kampanjer og selskapets nettsted. Kampanjer mot langing og alderskontroll holdes regelmessig.

Utbygging av AS Vinmonopolets salgsnett

Regjeringen besluttet i 2006 å utrede mulighetene for at de kommuner som ønsker det, som hovedregel skal kunne få vinmonopolutsalg. Vinmonopolet ble gitt i oppdrag å utrede dette nærmere, og konkluderte i sin utredning med at det trolig ville være mulig å opprette inntil 70 til 90 nye utvalg, dersom en del av disse var i form av filialer. Det nye konseptet baserer seg på små utvalg fra om lag 25 m², begrenset åpningstid (10–12 timer per uke), underlagt vertsbutikk (annet vinmonopolutsalg), et vareutvalg på 100 til 200 produkter og et forventet salg på 23 300 til 50 000 liter per år.

Vinmonopolet fikk sommeren 2008 tilslutning til å starte en prøveordning med filialutsalg i 8 kommuner som ble valgt ut av selskapet selv. Vinmonopolet ble i tillegg bedt om å prøve ut filialkonseptet i en kommune med under 1000 innbyggere for å teste ut konseptet også overfor de minste kommunene. Det ble videre forutsatt at prøveordningen skulle evalueres etter ett år. Det foreligger nå evalueringer fra Vinmonopolet og Sirius.

Vinmonopolets evaluering

Vinmonopolet viser til at det opprinnelige konseptet ikke har latt seg fullt ut realisere. Selskapet foreslår at dagens filialkonsept faller bort og erstattes med et nytt konsept med såkalte lavvolumutsalg. Disse foreslås å ha et totalt bruttoareal på minimum 65 m², åpningstider på minimum 15 timer per uke, lokalt ansatt butikksjef og distribusjon direkte til utsalget (ikke underlagt vertsbutikk). Slikt utvalg vil kunne vurderes i kommuner som har et salgsvolumanslag på over 35 000 liter, gitt at øvrige forhold er tilrettlagt. Det anslås at det er mulig å opprette om lag 40 slike lavvolumutsalg. Disse vil komme i tillegg til 13 utvalg som allerede er under vurdering for åpning i 2010, samt 35 nye butikker som er åpnet eller vedtatt åpnet siden 2007. Samlet sett innebærer dette at om lag 90 nye kommuner vil ha fått eller vil kunne få utvalg siden 2007 da denne utredningsprosessen startet, dvs. tilnærmet det antall som ble forespillet i utredningen fra 2007.

Når det gjelder medarbeidertilfredshet og kundertilfredshet har filialordningen fungert godt, men enkelte tilpasninger er gjort for å øke tilfredsheten i forslag til lavvolumutsalg.

Evaluering fra Statens instiutt for rusmiddelforskning

Statens instiutt for rusmiddelforskning konkluderer med at det ikke er grunn til å hevde at filialutvalgene vil føre til et merkbart større alkoholforbruk for flertallet av innbyggerne.

Det er imidlertid mulig at forbruket av alkohol vil øke noe for dem som allerede drikker relativt mye, mens det vil holde seg tilnærmet uendret for dem som ikke drikker særlig mye alkohol. Det er også grunn til å tro at en større del av alkoholforbruket vil bestå av varer solgt på Vinmonopolet, og særlig er det grunn til å tro at forbruket av vin vil øke.

Instituttet påpeker at Vinmonopolets egne anslag over økningen i det såkalte mersalget ved etableringen av de nye butikkene er betydelig større enn det merforbruket en har funnet i intervjuundersøkelser, og at dersom Vinmonopolets anslag er korrekt, kan etableringen av filialbutikkene ha ført til en merkbar økning blant dem som allerede drikker relativt mye.

Instituttet skriver at det er liten tvil om at åpningen av filialbutikker er et populært tiltak blant monolets kunder, noe som igjen kan bidra til å styrke oppslutningen om selve vinmonopolordningen. Nylig har en svensk undersøkelse kommet

fram til at om vin, brennevin og øl over 3,5 volumprosent ble solgt i dagligvarehandelen, og ikke bare på Systembolaget som i dag, ville det føre til en økning i alkoholforbruket på minst 29 pst. (Holder et. al., 2009). Det er altså ingen tvil om at den statlige monopolordningen bidrar til å begrense forbruket av alkohol på landsbasis. Mindre lokale økninger i forbruket som følge av at monopolet utvider sitt salgsnett, kan etter Instituttets oppfatning derfor forsvares om dette bidrar til å styrke oppslutningen om den nasjonale monopolordningen.

Helse- og omsorgsdepartementets vurderinger

Det er av stor betydning å opprettholde monopolordningen. Nasjonal og internasjonal forskning viser at statlige detaljmonopol er effektive for å begrense omsetning av alkoholholdig drikk, og Vinmonopolet er et av de viktigste alkoholpolitiske virkemidlene. Monopolordningen innebærer også et lovlig unntak fra EØS-rettens grunnleggende prinsipper om fri flyt av varer. Dette innebærer at det stilles krav til utformingen av monopol. Både selskapets formål og forholdet til EØS-retten er viktig bakgrunn for vurderinger knyttet til videre utbygging av salgsnettet.

En sentral forutsetning for videre utbygging er at nye utvalg dekker egne kostnader. En opprettelse av nye utvalg med lavere anslag for salgsvolum enn det som skal til for å dekke egne kostnader vil etter departementets syn verken være økonomisk eller alkoholpolitisk forsvarlig. Vinmonopolet er et av de viktigste alkoholpolitiske virkemidlene og kan ikke brukes til andre formål, når dette kommer i strid med monopolordningens formål. Hensynet til å sikre at monolets eksistensberettigelse ikke utfordres EØS-rettslig, må her veie tungt.

Vinmonopolet anslo i utredningen fra 2007 at 94 pst. av befolkningen bodde i kommuner med vinmonopolutsalg eller hadde mindre enn 30 km til nærmeste vinmonopolutsalg. Videre ble det antatt at dekningsgraden kunne øke til 97 pst. med de nye etableringene. I sin evaluering antar Vinmonopolet at en dekningsgrad på 97 pst. også vil kunne oppnås innen for rammene av de nye lavvolumsutvalgene og anslått utbyggingspotensial for disse. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer dette som en god og akseptabel dekningsgrad.

Det har vært et stadig fokus på å få til velfungerende fjernhandelsløsninger gjennom kundesenter og internett, for å bidra til så lik tilgang som mulig til selskapets tjenester på landsbasis. Blant annet innebærer dette at man i kommuner uten vinmonopolutsalg, får varene tilsendt kostnadsfritt.

Sett i lys av de økonomiske og alkoholpolitiske funnene i evalueringene, vil Helse- og omsorgsdepartementet gi Vinmonopolet tilslutning til å følge opp utbyggingen av nye butikker i tråd med forslagene i Vinmonopolets evaluering. Det er en forutsetning at departementet holdes løpende orientert om eventuelle avvik fra antatt utvikling. Departementet vil legge til grunn at videre utbygging av salgsnettet må sees som en helhet, og at følgende kriterier bør gjelde (også for ordinære utvalg):

- Vinmonopolet skal ved avgjørelser om butikketablering legge vekt på å finne en rimelig balanse mellom økonomiske kriterier, monopolordningens formål og så lik tilgang til selskapets tjenester som mulig.
- Vinmonopolet skal sørge for tilfresstillende rutiner for håndtering av kommunenes interesser og for informasjon om etableringskriteriene. Herunder bør alle kommuner i løpet av 2011 få uttale seg om hvorvidt de ønsker utvalg.
- Fjernhandelsløsningene skal opprettholdes, og fortløpende vurderes for å sikre at ordningene er så velfungerende som mulig. Omfanget av ordningene skal løpende monitoreres.

Når det gjelder de ni etablerte filialbutikker, uttaler Vinmonopolet i evalueringen at målsetningen bør være at disse over tid og etter behov bør tilpasses driftsformen foreslått for de nye lavvolumsutvalgene. På kort sikt foreslås likevel at prøveperioden for disse filialene utvides til 3 år, jf. at driftsperioden har vært svært kort. Helse- og omsorgsdepartementet slutter seg til dette og vil be om at Vinmonopolet, etter den treårige prøveperioden, foretar nødvendige vurderinger av driften. Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at vurderingene tar høyde for alle sider av saken, og at departementet informeres om eventuelle justeringer. Endelig beslutning om videre drift er imidlertid Vinmonopolets ansvar, og spørsmål om dette vil det derfor være selskapet som må avgjøre

Post 85 Statens overskuddsandel

AS Vinmonopolet skal bidra til begrenset omsetning av alkoholholdig drikk, og derigjennom begrense skadevirkningene av alkohol. Det er omfattende dokumentasjon gjennom nasjonal og internasjonal forskning for at statlige detaljmonopol er meget effektive når det gjelder å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer, blant annet fordi monopol sikrer en begrenset og kontrollert tilgjengelighet, og fordi privatøkonomiske interesser ikke er motiverende for salget av varene.

I henhold til vinmonopolloven § 4, kan inntil 5 pst. av aksjekapitalen tas ut som utbytte årlig, dvs. 2500 kroner. Etter alkoholloven § 7-3 skal Stortinget årlig i forbindelse med statsbudsjettet fastsette at en andel av AS Vinmonopolets nettooverskudd skal overføres til statskassen. Statens andel av overskuddet fastsettes med en bestemt prosentandel. I St.prp. nr. 6 (1988–1989) ble det fastsatt at prosentsatsen skulle bli liggende noenlunde konstant de nærmeste årene for at Vinmonopolet skal ha noenlunde faste rammebetingelser i forbindelse med økonomisk styring og planlegging.

I årene 2005 til 2008 fastsatte Stortinget at overskuddsandelen skulle utgjøre 40 pst. (av resultatet forutgående år før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift). I 2009 besluttet Stortinget at overskuddsandelen skulle utgjøre 50 pst.

Etter Helse- og omsorgsdepartementets syn bør det igjen foretas en vurdering av Vinmonopolets økonomiske utvikling, samt en vurdering av uttak av overskuddsandel de nærmeste årene.

Vinmonopolets resultatutvikling har de siste årene variert noe. Fra 2003 til 2010 har overskuddsandelen vært på henholdsvis 49,1 (2003), 30,4 (2004), 52,7 (2005), 36,5 (2006), 35,1 (2007), 52,1 (2008), 70,0 (2009) og 48,3 (2010, mot 39,5 i saldert budsjett) mill. kroner. For 2011 er overskuddsandelen foreslått til 39,5 mill. kroner. Nedgangen i resultat skyldes en rekke sammenfallende årsaker. Først og fremst opplever Vinmonopolet, som mange andre selskaper, en kraftig vekst i lønns- og pensjonskostnadene. Videre gjennomfører selskapet en større investering i nytt IT-system. Prosjektet har en investeringsramme på inntil 125 mill. kroner over 3 år. Dette bidrar til et lavere resultat, også de nærmeste årene, både på grunn av ekstra driftskostnader og økte avskrivninger. Resultatet for 2011 er påvirket av at den nevnte implementeringen av nytt IT-system som medfører ekstra kostnader knyttet til bemanning, opplæring og drift. I 2008 reduserte Vinmonopolet sin avanse ved en justering av kalkylen. Bakgrunnen for endringene, var at selskapet over noe tid etter styrets syn hadde et for høyt resultat i forhold til avkastningskravet. Avansen ble økt fra og med mai 2010. I tillegg påvirkes resultatet av at det opprettes stadig flere, mindre utvalg som ikke i like stor grad bidrar til økonomisk overskudd. Det forventes at selskapets resultatutvikling de neste årene (fra og med 2012) vil være positiv og ligge på nivå

med 2009. I og med at selskapet er i en monopolsituasjon, er et konstant fokus på kostnadsutvikling nødvendig. Vinmonopolets styre fastsetter avkastningskrav for selskapet. Avkastningskrav knyttet til virksomhetens egenkapital kan bidra til effektivisering og bedre styring. Helse- og omsorgsdepartementet informeres løpende om selskapets økonomiske utvikling, og vil følge utviklingen også fremover for å påse at kostnadsutviklingen er tilfresstillende.

Utbytte- og overskuddsfastsettelsen må være slik at selskapet kan drive innenfor forsvarlige rammer. Det er nødvendig å sikre forutberegnelighet og faste rammebetingelser. Sett i lys av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av salgsnett og ønsket kapitalstruktur, foreslås det at overskuddsandelen fastsettes til 50 pst.

Statens andel i 2010 av driftsoverskuddet i Vinmonopolet er fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2009, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift. Det foreslås at statens andel av overskuddet som tas som inntekt under denne posten i 2011 – ved eget vedtak – fastsettes til 50 pst. av resultatet i 2010, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift, jf. forslag til romertall V nr. 4. Statens andel av overskuddet i Vinmonopolet er på bakgrunn av budsjettert resultat i 2010 og en andel av overskuddet på 50 pst., anslått til 39,5 mill. kroner. Dersom resultatet for 2010 blir større enn anslått, blir inntektene under post 85 for 2009 høyere enn 39,5 mill. kroner. Tilsvarende blir inntekten mindre dersom resultatet blir lavere enn antatt. Dette følger av romertallsvedtaket om at statens andel av overskuddet fastsettes med en bestemt prosentsats. Forslaget til statens andel av overskuddet for 2010 bygger på en vurdering av selskapets framtidige kapitalbehov.

Post 86 Utbytte

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

Vinmonopolavgift

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

Kap. 718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
21	Spesielle driftsutgifter	59 462	77 969	89 343
63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	19 545	27 299	28 118
70	Frivillig arbeid, <i>kan overføres</i>	93 784	95 821	93 641
	Sum kap. 718	172 791	201 089	211 102

Følgende bevilgninger foreslås flyttet:

- 0,85 mill. kroner fra post 70 til kap. 781, post 79
- 0,35 mill. kroner fra post 21 til
- kap. 720, post 01
- 6 mill. kroner fra post 70 til post 21

Det foreslås en styrking på 5 mill. kroner for bl.a. å ivareta folkehelseperspektivet under opptrappingsplanen for rusfeltet. Tydelig folkehelseperspektiv er ett av fem hovedmål i opptrappingsplanen for rusfeltet, og satsningene på det rusmiddelforebyggende arbeidet må ses i sammenheng med oppfølging av opptrappingsplanen. Det vises for øvrig til helhetlig omtale av opptrappingsplanen under kap. 763.

Den forebyggende rusmiddelpolitikken er sektorovergripende og krever samarbeid på tvers av departements- og etatsgrenser. Målet med den forebyggende politikken er å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader.

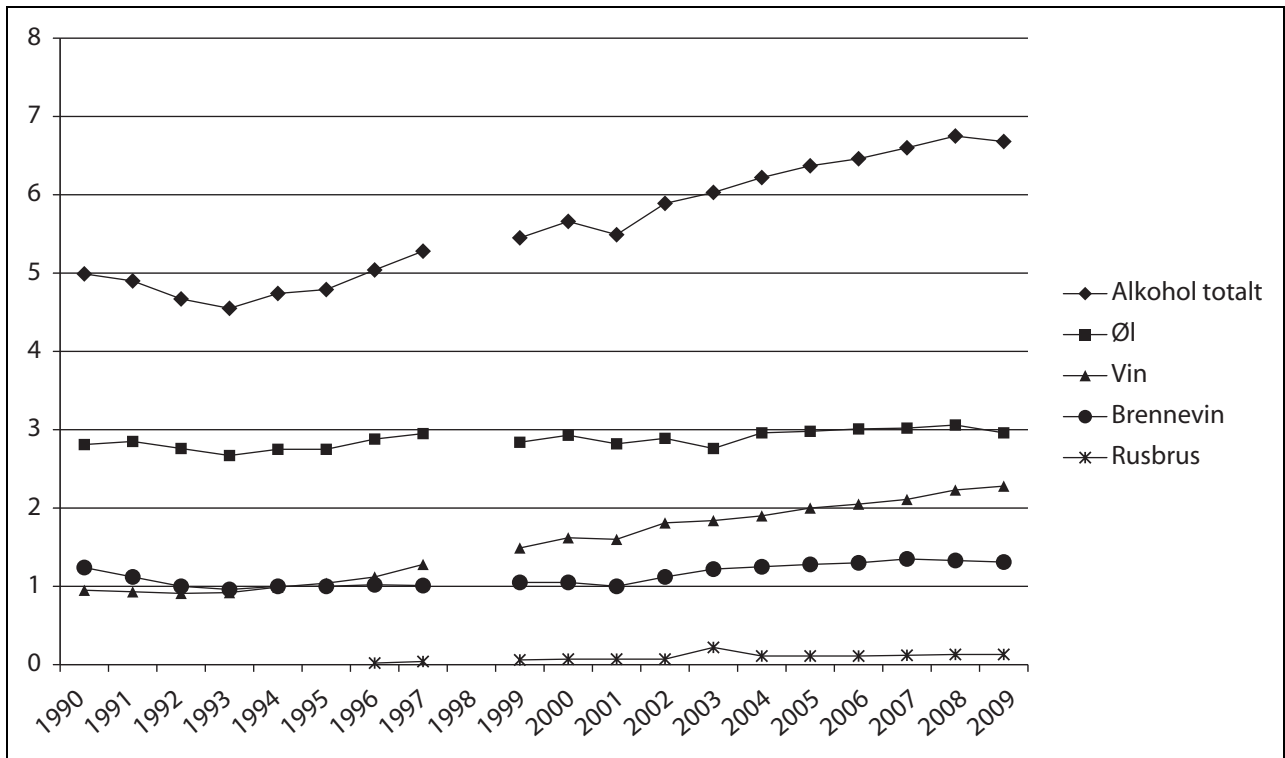
Den rusmiddelforebyggende politikken må være helhetlig, langsiktig og koordinert, og må ses i sammenheng med annet folkehelsearbeid. En effektiv rusmiddelpolitikk vektlegger en helhetlig tankegang med fokus på å redusere risikoen for at rusmiddelproblemer og skader oppstår og å håndtere problemutvikling i en tidligst mulig fase. Dette gjelder både på samfunns- og individnivå. Personer som er spesielt risikoutsatt, er ofte sårbare for å utvikle andre helseproblemer. For

eksempel vil tiltak for å forebygge psykiske lidelser ofte også forebygge rusmiddelrelaterte problemer og omvendt. I tillegg vil en politikk som reduserer sosiale forskjeller og sosial ulikhet i helse, være viktig for å begrense omfanget av rusmiddelproblemer.

Utviklingen i alkoholskonsumet

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker størstedelen av de sosiale og helsemessige skadene. Ifølge Verdens helseorganisasjon er alkohol den nest viktigste risikofaktor til sykdom og tidlig død i industrialiserte land. Det er en klar og dokumentert sammenheng mellom totalkonsumet av alkohol og helsemessige og sosiale skader, sykdom og ulykker. Det er anslagsvis 90 000 storforbrukere av alkohol i Norge. I tillegg til akutte skader, ulykker og kroniske lidelser som følge av langvarig høyt alkoholkonsum, medfører alkohol avhengighetsproblemer og sosiale problemer, samt at det får konsekvenser for tredjepart.

Alkoholkonsumet i Norge har lenge vært økende. I 2009 var registrert forbruk 6,7 liter ren alkohol per person over 15 år. Det uregistrerte konsumet har trolig sunket noe siden 1990-tallet. Konsumet blant ungdom (15–16 år) økte kraftig fram til 2003, men har siden gått noe tilbake. Reduksjonen har vært størst blant guttene, men også jentene har drukket mindre siden 2005.



Figur 5.1 Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og eldre, 1990–2009, målt i liter ren alkohol per person totalt og fordelt på ulike drikkesorter.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det blir stadig færre som ikke drikker alkohol, og vel 90 pst. av ungdommene drikker alkohol. Debutalderen har lenge ligget på rundt 14,5 år, men de siste årene ser den ut til å ha økt noe, og i 2008 var den 15 år for øl og 15,5 år for brennevin. Alkoholforbruket i Norge er fortsatt lavt i europeisk sammenheng. Men mens alkoholforbruket i Norge er økende, går utviklingen i motsatt retning i flere av landene i Europa. Flere europeiske land har i senere år tatt i bruk regulatoriske virkemidler som allerede er tatt i bruk i Norge, for å redusere bruken av alkohol og skadene den medfører.

Alkoholavgiftene foreslås økt med 5 pst. utover prisjustering.

Forslag om endring i alkohollovgivningen ble sendt på høring i høsten 2009. Det er bl.a. foreslått endring i maksimaltiden for skjenking. Saken er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet, som tar sikte på å oversende saken til Stortinget høsten 2010.

Utviklingen i bruken av illegale rusmidler

Bruken av illegale rusmidler økte på 1990-tallet, toppet seg rundt årtusenskiftet, men har siden gått tilbake og ser ut til å ha stabilisert seg. Cannabis er det mest brukte illegale rusmiddelet, fulgt

av amfetamin. I 2008 oppga 10,5 pst. av ungdommene (15–20 år) at de noen gang har prøvd cannabis. Tallet er høyere i Oslo, men forskjellene mellom Oslo og landet for øvrig minker. Bruk av ecstasy er redusert, det samme gjelder bruken av amfetamin, men det registreres en bekymringsfull dreining mot mer tilgjengelighet og bruk av metamfetamin. Sniffestoffer (lim og løsemidler) brukes mer enn både amfetamin, ecstasy og metamfetamin. Narkotikabruken i Norge er blant de aller laveste i europeisk sammenheng, men antall injiserende narkotikabrukere er relativt høyt, anslagsvis 8200–12 500. Til sammenlikning var anslaget 11 000–15 000 i 2002 og 4000–5000 på slutten av 1980-tallet. Antall narkotikarelaterte dødsfall (overdosedødsfall) har sunket kraftig fra 2001 til 2009 (fra 338 til 183), men det er fortsatt høyt, og det er til dels store variasjoner fra et år til et annet. Nasjonalt folkehelseinstitutt vil i 2011 presentere oversikter over bruken av rusmidler i samfunnet og over narkotikarelaterte dødsfall.

Rusmiddelavhengige har ofte store sosiale problemer, lav levestandard, dårlig helse og dårlig ernæring. For mange er det en sterk sammenheng mellom rusmiddelbruk og psykisk lidelse, og begge rammer i stor grad omgivelsene. Særlig gjelder dette pårørende og barn av rusmiddelav-

hengige og foreldre med psykiske lidelser. I tillegg henger rus og fattigdom ofte sammen.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås bevilget 5 mill. kroner til styring av kommunenes forvaltning av alkohollovgivningen, samt kompetansehevingstiltak for fylkesmennene. I tillegg skal kartleggingen av rusmiddelforekomsten i samfunnet styrkes.

Det foreslås å flytte midler knyttet til evalueringer, styrking av informasjonsarbeidet og oppstart av utviklingsarbeid. 6 mill. kroner foreslås derfor flyttet til post 21 fra kap. 718, post 70.

Det foreslås å flytte midler knyttet til Helsedirektoratets arbeid med EUs Helse- og narkotika-program. 0,35 mill. kroner foreslås derfor flyttet fra post 21 til kap. 720, post 01.

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

Driftsmidler til fylkesmennene

Bevilgningen skal dekke utgifter til fylkesmennenes arbeid med klagesaker etter alkoholloven. Fylkesmannen er klageinstans og kan prøve om vedtakene er gyldige. Fylkesmannen skal også veilede kommunene i alkohollovsspørsmål. I tillegg skal bevilgningen dekke kurs og konferanser som arrangeres på regionalt nivå, spesielt med fokus på styrking av kommunenes kontroll med salg- og skjenkebevillinger.

I 2009 behandlet fylkesmennene 73 klagesaker mot 83 i 2008 og 84 i 2007. Videre har de drevet noe veiledning av kommunene, men omfanget varierer fra embete til embete.

Fylkesmennene er gitt de samme oppdrag i 2010 som i 2009, med tillegg av styrking av kommunenes kontrollvirksomhet. Det arbeides videre med å styrke fylkesmennenes veiledning til kommunene på alkohollovområdet.

Informasjon og holdningsskapende arbeid – alkohol

Kunnskap om alkoholens skadelige virkninger og kunnskap om koplingen mellom alkohol og mange sykdommer er mangelfulle. Det er en tendens til at skadevirkninger alminneliggjøres og bagatelliseres og at alkohollovens intensjon og

bestemmelser ikke følges godt nok opp. En analyse fra Sirius viser at restriktiv alkoholpolitikk har fått større oppslutning i befolkningen, men fortsatt er det et press på tradisjonelle alkoholpolitiske virkemidler som pris og tilgjengelighet.

Det moderne arbeidslivet har skapt stadig flere arenaer for alkoholbruk. Mye tyder på at det brukes mindre alkohol på selve arbeidsplassen i arbeidstiden. Alkoholbruk har imidlertid blitt en selvskreven del av aktiviteter i de såkalte gråsonene mellom arbeid og fritid. Dette utfordrer til å utvikle bedre informasjons- og forebyggingsmetoder. Akan tilbyr nå et digitalt program Balance og gir råd til grupper som studenter.

Helsedirektoratet har i 2009/2010 gjennomført flere informasjonskampanjer, bl.a. kampanjene Alkoholritt svangerskap og Tør å sette grenser. Informasjonsinnsatsen overfor kommunene fortsetter med fokus på salg- og skjenkepolitikken. Informasjonen om rusmiddelforebygging knyttet til norsk arbeidsliv og hvilke miljøer og verktøy som kan bistå i forebyggende arbeid videreføres og styrkes.

For å øke oppslutningen om alkoholpolitikken er det fortsatt behov for informasjon om effektive virkemidler for å redusere bruk av rusmidler og rusmiddelrelaterte skader i befolkningen. Informasjonsstrategier utvikles for å faktabasere og nyansere rusdebatten. Den samlede informasjonsvirksomheten videreføres med økt styrke.

Bevilgningen dekker også tilskudd til drift av nettstedet www.forebygging.no, som nå forvaltes av Helsedirektoratet.

Tidlig intervensjon mv.

Den nasjonale satsingen på tidlig intervensjon på rusområdet har som mål å avdekke og gripe inn overfor atferds- og rusmiddelproblemer så tidlig som mulig, for på den måten å forebygge en videre problemutvikling. Det er kartlagt hvilke målgrupper og arenaer som er mest aktuelle for tidlig identifisering og intervensjon, og at det er stort kompetansebehov blant ansatte både i første- og andrelinjetjenestene som er i kontakt med risikoutsatte personer, kanskje spesielt barn og unge. Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport om sentrale perspektiver for tidlig intervensjon på rusfeltet og en veileder for tidlig intervensjon, Fra bekymring til handling, som skal styrke arbeidet med å avdekke rusmiddelrelaterte problemer og intervensjonsmål.

Det har vært stor etterspørsel etter veilederen Fra bekymring til handling som ble lansert høsten 2009. Med bakgrunn i bl.a. denne veilederen skal

Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, bistå aktuelle aktører, kommuner og andre med veiledning om metoder og tiltak for å gripe inn på et tidligere stadium enn i dag. De sju regionale kompetansesentrene på rusområdet har siden 2007 gjennomført ulike metodeutviklende prosjekter basert på eksisterende kunnskap om tidlig intervensjon på rusfeltet. Prosjektene rettes mot barn av foreldre med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, risikoutsatt ungdom, gravide, ansatte i arbeidslivet, elever i skolen, pasienter hos fastlegen og i sykehus. Prosjektene skal gjennomgås og vurderes i 2010, og det legges en plan for hvordan gode metoder kan spres.

De regionale kompetansesentrene er styrket med en ekstra stilling hver for å arbeide spesifikt med implementeringen av veilederen Fra bekymring til handling. Kompetansesenteret forvalter øremerkede tidlig intervensjonsmidler som benyttes som stimuleringsmidler i implementeringsarbeidet rettet mot kommunene. I 2010 vil det også bli en videreføring av metodeutviklende prosjekter i regi av kompetansesentrene og målretting av tidlig intervensjonssatsingen ved å ha prosjekter innen arenaene fastleger, arbeidsliv og sjukehus.

Som et ledd i tidlig intervensjonssatsingen ønskes økt bruk av metoder som avdekker problemer på et tidlig tidspunkt og som har dokumentert effekt. Såkalte mini-intervensjoner (brief interventions) er en metodikk hvor helsepersonell tar opp problematisk alkoholbruk og har oppfølging gjennom samtaler og eventuelt lager et videre program i samarbeid med pasienten. Metodikken er kjent og anbefalt av WHO og er evaluert og vurdert i flere randomiserte undersøkelser med meget gode resultater.

I forbindelse med Regjeringens satsing rettet mot barn av foreldre med psykiske vansker og/eller foreldre som misbruker rusmidler er det etablert regionale tverrfaglige opplæringsteam i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Sentralt i satsingen er et opplæringsprogram rettet mot kommunene, med fokus på verktøy for tidlig intervensjon. De regionale opplæringsteamene består av representanter fra de regionale kompetansesentrene, regionkontorene i Bufetat, regionkontorene R-Bup og regionale sentre om vold og traumatisk stress.

Forebyggende rusmiddeltiltak

Helsedirektoratet arbeider for bedre samordning av lokale rusmiddelforebyggende tiltak, og for å legge til rette for økt kvalitet på det rusmiddelfore-

byggende arbeidet, samt å styrke samspillet med de frivillige organisasjonene. Tiltak rettes både mot befolkningen generelt og mot særlig risikoutsatte grupper. Barn, unge og deres foreldre er viktige målgrupper. Forebyggingen skal i hovedsak skje i kommunene, men det skal være sammenheng mellom virkemidler og tiltak på nasjonalt og lokalt nivå.

I flere undersøkelser har Statens institutt for rusmiddelforskning avdekket omfattende brudd på alkoholloven hos bevillingsinnehavere og mangelfull kommunal kontroll med næringen. Helsedirektoratet skal videreføre informasjons- og veiledningsarbeidet overfor kommunene for å bidra til økt fokus på salgs- og skjenkesteders overholdelse av alkohollovgivningen og styrke kvaliteten på kommunenes kontrollvirksomhet. Helsedirektoratet skal videre gi veiledning og informasjon som legger til rette for overholdelse av regelverket. De skal også gi veiledning om helhetlig og samordnet forebygging av rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet startet høsten 2008 et forsøks- og utviklingsarbeid med å prøve ut bedre metoder for kommunal kontroll med salgs- og skjenkebevillinger. Prosjektet avsluttes sommeren 2010 og vil følges opp med utarbeidelse av en veileder for kommunenes kontrollvirksomhet.

De regionale kompetansesentrene – rus har en sentral rolle i utviklingen av lokale forebyggings tiltak. I samarbeid med fylkesmannsembetene har sentrene utarbeidet regionale kompetanseutviklingsplaner.

Kompetansesentrene legger vekt på å formidle og implementere strategier basert på forskningsbasert og annen systematisk kunnskap. En viktig del av dette arbeidet er å øke kommunenes forståelse og bruk av virkemidler i medhold av alkoholloven. Det er videre lagt vekt på evalueringen av og erfaringene fra blant annet Regionprosjektet og rapporten Forebyggende innsatser i skolen. Det anbefales at ungdom og foreldre trekkes aktivt med i det forebyggende arbeidet på lokalt nivå.

Som et ledd i dette arbeidet ble ungdommens forebyggingspris for 2009 tildelt Drammen kommune.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 481, 16. juni 2009

«Stortinget ber Regjeringen samarbeide med kommunene om å gjennomføre prosjekter etter inspirasjon fra Stad-prosjektet i Stockholm, som innebærer samarbeid med salgsnæringen om opp-

læring av personale i alkoholloven og konflikt-håndtering, kombinert med flere kontroller av salgs- og serveringsstedene.

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dok. nr. 8:80 (2008–2009), jf. Innst. S. nr. 322 (2008–2009). Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til rette for at kommuner kan sette i gang programmet Ansvarlig vertskap. Målet med Ansvarlig vertskap er å forebygge og unngå overskjenking, skjenking til mindreårige og rusrelatert vold. I programmet inngår informasjons-, opplærings-, samarbeids- og kontrolltiltak. I statsbudsjettet for 2009, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Helse- og omsorgsdepartementet, ble det bevilget 6 mill. kroner til styrking av kvaliteten på kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger, og midlene ble brukt til kurs og kompetansehevende tiltak. Bevilgningen ble videreført i 2010. I sammenheng med det øvrige arbeidet med å styrke kontrollen av salgs- og skjenkebevillinger, jf. omtale under post 21, skal Helse- og omsorgsdepartementet vurdere hvordan man kan hente inspirasjon fra Stad-prosjektet som kan føre til økt overholdelse av alkohollovgivningen, og vurdere ytterligere tiltak for å få til dette.

Post 63 Rusmiddeltiltak

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

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

delpolitikken. I samarbeid med Sirius er det igangsatt en analyse av hvordan kommunene arbeider med rusmiddelpolitiske handlingsplaner og i hvilken grad de har den ønskede effekt. Resultatet av dette forarbeidet vil foreligge våren 2011 og gi grunnlag for videre anbefalinger.

Helse- og omsorgsdepartementet ferdigstiller i 2010 en kompetanseutviklingsplan for å styrke det forbyggende arbeidet i kommunene. Planen omfatter kompetanseutviklingstiltak på ulike nivåer og av ulik varighet, fra korte kurs og konferanser via kurs/seminarrekker til videreutdanning på høghskolenivå.

Helse- og omsorgsdepartementet viderefører arbeidet med å utvikle kvaliteten på det rusmiddelforebyggende arbeidet i skolen. Dette skjer i dialog med Utdanningsdirektoratet. Veiledere for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen og arbeid med tidlig intervensjon ble publisert i 2009, og det pågår et omfattende implementeringsarbeid. Dette må ses som elementer i arbeidet med å styrke det lokale forebyggende arbeidet.

Det skal stimuleres til bruk av rusmiddelforebyggingskoordinatorer i kommunene, gjerne sett i sammenheng med partnerskap for folkehelse og samhandlingsmeldingen. Det skal også stimuleres til samarbeid og samorganisering med SLT-koordinatorer i kommunene (koordinatorer for samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak blant barn og unge), da det kriminalitetsforebyggende arbeidet blant barn og unge i svært stor grad overlapper annet forebyggende arbeid. I denne sammenheng har Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i fellesskap lyst ut henholdsvis 5 mill. kroner og 8 mill. kroner i prosjektmidler i 2010 som kommunene kan søke om.

Post 70 Frivillig arbeid

Det foreslås å flytte midler knyttet til evalueringer, styrking av informasjonsarbeid og oppstart av utviklingsarbeid. 6 mill. kroner foreslås derfor flyttet fra post 70 til post 21

Det foreslås å flytte 0,85 mill. kroner til post 70 fra kap. 781, post 79. Bevilgningen skal gå til evaluering av Dopingtelefonen.

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

fremme kunnskapsbaserte strategier og demokratisk organisasjonsarbeid med frivillig innsats og lokalt engasjement.

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

Mange av prosjektene som det er gitt tilskudd til, har vært drevet i skolen. Det er vanskelig å dokumentere resultater av denne innsatsen. Forskningen viser at det er en nær sammenheng mellom bruk av rusmidler og annen problematferd, og at rusforebyggende arbeid i skolen bør ha et bredere perspektiv. Helsedirektoratet har derfor, i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, utarbeidet en veileder for skolens rusforebyggende arbeid for å styrke skolens evne til selv å ta fatt i problemene, skape et godt læringsmiljø og styrke skole-hjem-samarbeidet. Helsedirektoratet vil derfor prioritere andre arenaer enn skolen i framtidige prosjekter i regi av de frivillige organisasjonene.

Undersøkelser om doping blant unge i Norge, viser at 2,6 pst. Av de som svarte har brukt eller bruker doping. De som bruker dopingmidler bruker også ofte andre illegale rusmidler, drikker mer alkohol enn gjennomsnittet og er mer utsatt for eller utøver selv vold. For å styrke det forebyggende arbeidet mot doping, vil en tettere kobling mot det rusmiddelforebyggende arbeidet bli vurdert. Som et led i styrkingen settes i gang en eva-

luering av dopingtelefonen, som har drevet informasjonsarbeid siden 2003.

Regelverkene for tildeling av tilskudd til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid er endret fra og med 2010. Endringene er gjort i tett dialog med de frivillige organisasjonene på rusfeltet. Formålet er å styrke den faglige kvaliteten og utløse mer frivillig innsats. Kriteriene for driftstilskudd er endret for å styrke det ruspolitiske arbeidet, særlig på lokalt nivå. Det er etablert en ny ordning for aktivitetstilskudd for å sikre mer langsiktighet og forutsigbarhet i arbeidet. Prosjekttilskuddet er målrettet. Det særskilte driftstilskuddet til de fire medlemsorganisasjonene i Norsk senter for rusfri miljøutvikling er avviklet. Disse organisasjonene kan innenfor de nye regelverkene søke om tilskudd på samme vilkår som øvrige frivillige organisasjoner. Første års tildelinger etter nye regelverk har vist at endringene stort sett fungerer godt, men at det er behov for enkelte justeringer.

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

Arbeidslivet er en viktig arena for rusforebygging, og Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan) arbeider på dette feltet og er også søkerberettiget. Akan, som er en ideell organisasjon med LO, NHO og staten som medlemmer, har hatt en positiv utvidelse av virksomheten og har utviklet nye forebyggingsverktøy for bedriftene.

Kap. 3718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2009	Saldert budsjett 2010	
04	Gebyrinntekter		1 504	1 551
	Sum kap. 3718		1 504	1 551

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen omfatter:

- bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Ordningen er selvfinansiert gjennom gebyrer og administreres av Helsedirek-

toratet. Bevillingsgebyrene utgjør om lag 1 mill. kroner.

- gebyr på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholoven § 5-2, første ledd nr. 1 og 2.

Kap. 719 Annet folkehelsearbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	63 730	50 301	57 418
60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	54 539	11 855	12 211
70	Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	31 398	31 529	25 206
71	Uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	27 643		
72	Stiftelsen Amatheia	14 985		
73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	27 091	31 488	32 464
74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	16 763		
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	16 899	15 460	7 603
	Sum kap. 719	253 048	140 633	134 902

Følgende bevilgninger foreslås flyttet:

- 0,65 mill. kroner fra post 21 til kap. 720, post 01
- 1,6 mill. kroner fra post 70 til post 21
- 5,7 mill. kroner fra post 70 til post 21

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

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

Folkehelsearbeid krever tverrfaglig og sektorovergripende innsats og handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, beskytter mot helsetrusler og som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Mye av grunnlaget

for god helse i oppveksten og gjennom livsløpet legges i barne- og ungdomsårene.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Helsedirektoratet arbeider med å utvikle en strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Hensikten med strategien er å fremme et mer effektivt folkehelsearbeid, herunder forebyggende helse tjenester, en sterkere og mer relevant kunnskapsutvikling på folkehelsefeltet, en hensiktsmessig og effektiv arbeidsfordeling mellom aktørene og en bedre tilrettelegging av kunnskapen sentralt, regionalt og lokalt. Videre skal direktoratet legge til rette for at det gjennomføres systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak. Strategien forventes å være ferdig i løpet av 2010.

Helsedirektoratet skal gjøre metoder for kunnskapsbasert folkehelsearbeid tilgjengelig for kommuner og fylkeskommuner. Videre skal direktoratet sammen med Nasjonalt folkehelseinstitutt sørge for at nøkkeldata om helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir tilgjengelig og for øvrig gi faglig bistand i arbeidet med regionale og lokale oversikter over utfordringsbildet.

Utjevning av sosiale forskjeller i helse

Helsen i den norske befolkningen er god, men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale

grupper i befolkningen, og disse helseforskjellene er økende. Det er derfor et langsiktig mål i folkehelsearbeidet å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse.

St.meld. nr. 20 (2006–2007) framhever at arbeid for å motvirke sosiale helseforskjeller må kombinere målrettet innsats mot spesielt utsatte grupper med generelle velferdsordninger og befolkningsrettede tiltak. Helse skapes og fordeles i befolkningen gjennom oppvekst og skolegang, i arbeidsliv og øvrige levekår. Det er nødvendig å styrke den tverrsektorielle tilnærmingen i folkehelsearbeidet og arbeide for en jevnere sosial fordeling av ressurser, og dermed reduserte helseforskjeller. Utviklingen på innsatsområdene i stortingsmeldingen skal følges opp gjennom etablering av et rapporteringssystem som skal gi systematisk og oppdatert oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller.

Den første utgaven av Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller – Folkehelsepolitisk rapport ble utgitt i 2009. Rapporten presenterer indikatorer som skal vise utviklingen i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller gjennom en jevnere sosial fordeling av sentrale påvirkningsfaktorer. I tillegg inneholder rapporten de ulike sektors egenrapportering av strategier og tiltak for oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007). Det vil utgis en tilsvarende rapport i 2010. Se nærmere omtale i Del III.

Miljø og helse

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

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

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å videreutvikle en kompetansenhet for helsekonsekvensutredning av tiltak i ulike sektorer. Helsedirektoratet skal i samarbeid med sentrale helse-, miljø- og trafikketater gjennomføre en strategisk helsekonsekvensutredning på vegtrafikk.

Det er store uløste utfordringer knyttet til inneklima i skoler og barnehager. I 2010 mangler om lag 900 skoler godkjenning i henhold til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, mv. For å følge opp dette arbeidet skal det bl.a. utarbeides et rundskriv for skoleeiere og kommunenes miljørettede helsevern.

En kartlegging av situasjonen i miljørettet helsevern i kommunene har avdekket et stort behov for styrking av tjenesten. En hovedutfordring som gjenspeiles i en rekke av svarene i undersøkelsen, er at det benyttes for lite ressurser i miljørettet helsevern i forhold til utfordringer og oppgaver.

Særlig de små (< 3000 innbyggere) kommunene mangler både personell og kompetanse til å ivareta lovpålagte oppgaver på en tilfredsstillende måte. En uforsvarlig tjeneste kan bety at det er miljøforhold som medfører helserisiko som ikke blir håndtert. Dette kan dreie seg om radonutsatte områder, skoler eller barnehager med spesielt dårlig inneklima, kritikkverdige forhold i asylmottak, virksomheter som forårsaker lukt, støy, eller annen helseplage, mv.

Tjenesten er i stor grad fraværende på viktige plan- og samarbeidsarenaer. Videre vil det i disse kommunene heller ikke være en god beredskap til å håndtere den helsemessige siden ved akutte miljøforhold, jf. ulykker i kjemiske industri, utbrudd av legionella mv. Det er foreslått en rekke tiltak som kan bidra til å styrke tjenesten.

Gjennom en endring i kommunehelsetjenesteloven i 2009 kom det inn en hjemmel for å innføre krav om akkrediterte inspeksjonsorganer for å forebygges legionellautbrudd. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å sende på høring forslag til forskriftsbestemmelser.

Nasjonalt folkehelseinstituttet bidrar inn i den offentlige utredningen om norsk klimatilpasningsarbeid. Instituttet har utarbeidet rapportens innhold om helsekonsekvenser av aktuelle klimaendringer for norske forhold, så som temperatur, vannkvalitet, forekomst av vektorer, mv., mens Helsedirektoratet har hatt ansvar for vurdering av kritisk sårbarhet, aktuelle tilpasningstiltak og utfordringer for helsesektoren.

Nasjonal strategi for barns miljø og helse ble lagt fram i 2007 for planperioden 2007–2016. Strategien er utviklet gjennom et samarbeid mellom åtte departementer og med medvirkning fra barn og unge selv. Implementering av den norske strategien fortsetter i 2011. Det er under utvikling et barnebarometer som skal følge utviklingen av barns miljø og helse framover.

Ny strategi for å redusere radoneksponering

Radon i inneluft forårsaker anslagsvis 300 lungekreftdødsfall i året og er etter aktiv røyking den hyppigste årsaken til lungekreft i Norge. Risikoen for lungekreft antas å øke lineært med konsentrasjon og med eksponeringstid. Sammenhengene er spesielt viktige for vurdering av hvilke tiltak som bør settes i verk.

Den nasjonale strategien for å redusere radoneksponeringen i Norge skal gjennomføres i femårsperioden 2009–2014. Strategien er et redskap for styring og koordinering av det radonforebyggende arbeidet i flere sektorer. Statens strålevern har opprettet en styrings- og implementeringsgruppe med deltakere fra sektorer med virkemidler på radonområdet.

En landsomfattende kartlegging i kommunene i 2008/2009 viste at kun 44 pst. av kommunene oppgir å ha oversikt over problemomfanget når det gjelder radon i sin kommune. De store kommunene har best oversikt. Også når det gjelder det å ta hensyn til radonfare i arealplansammenheng, har store kommuner betydelig bedre rutiner enn små.

Mens 42 pst. av kommunene oppgir at det er foretatt radonmålinger i skoler, barnehager og liknende de siste 5 år, oppgir 38 pst. det motsatte. 21 pst. vet ikke. Det er de største kommunene som rapporterer om mest prøvetaking.

I sin rådgivning og veiledning til kommunehelsetjenesten vil Helsedirektoratet formidle og følge opp radonstrategien. Kommunene har et lovpålagt ansvar for å følge opp § 1-4 i lov om helsetjenesten i kommunene hvor det bl.a. forventes at kommunene har oversikt over risikofaktorer i miljøet som kan ha innvirkning på befolkningens helsetilstand, f.eks. gjennom kartlegging av radonforekomster, kontroll av radoninnhold i inneluft i skoler og barnehager.

Nasjonal strategi for forebygging ulykker

I 2009 ble det lagt fram en tverrsektoriell nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskader for perioden 2009–2014. Fram mot 2014 vil Regjeringen arbeide for å tallfeste nasjonale mål for reduksjon av ulykker som medfører personskader og forbedre den tverrsektorielle skade- og ulykkesforebyggende innsatsen. Omkring 1800 personer dør årlig som følge av en ulykke. Ulykker er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at det i 2009 ble registrert om lag 89 900 døgnopphold ved norske sykehus der

hovedårsaken til innleggelsen var skader og forgiftninger. Dette er en økning på nærmere 15 700 sammenliknet med i 2000. Beregninger viser at det i 2002 var 293 000 hjem-, skole-, idretts- og fritidsulykker som førte til personskade eller død. Ifølge Transportøkonomisk institutt kostet dette det norske samfunnet 167 mrd. kroner per år.

Med ikrafttredelsen av Norsk pasientregisterforskriften 15. april 2009, er registeret blitt et sentralt personidentifiserbart helseregister regulert i forskrift. NPR har gjennom forskriften som eget formål å bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av skader og ulykker. Dette innebærer at somatiske sykehus og enkelte legevakter (Oslo, Bergen og Trondheim) har plikt til å rapportere data som gir mer informasjon om blant annet omstendighetene rundt skader og ulykker. For første tertial 2010 var det 2–3 sykehus som rapporterte, og det arbeides nå med å få systemer for rapportering på plass i store deler av landet.

Mot 2011 vil det legges vekt på å skaffe en god tilstandsbeskrivelse av skadebildet i Norge, herunder implementering og sikring av datakvalitet i den nye skaderegistreringen og tilgang til skadedata for ulike sektorer og forvaltningsnivå. Det planlegges også felles veiledningsmaterieell til lokalt skadeforebyggende arbeid, herunder lokal skaderegistrering.

Oppfølging av nasjonal strategi for forebygging av ulykker er organisert ved en tverrdepartemental styringsgruppe med ledelse fra Helse- og omsorgsdepartementet. Under styringsgruppen er det en arbeidsgruppe på direktoratsnivå under ledelse av Helsedirektoratet, som skal foreslå tiltak og koordinere den løpende implementeringen av strategien.

Helse- og omsorgsdepartementet og Finansnæringsens hovedorganisasjon har inngått en samarbeidsavtale om videreføring av Skadeforebyggende forum til og med 2013. Forumet er et nasjonal kontakt- og samarbeidsorgan for skadeforebyggende arbeid. Oppfølgingen av WHO-konseptet Trygge lokalsamfunn inngår som del av avtalen.

Helsedirektoratets brosjyreserie Barn og sikkerhet som ble brukt av landets helsestasjoner i sped- og småbarnskonsultasjoner, ble revidert og erstattet av fem aldersspesifikke brosjyrer under tittelen Barns miljø og helse. I 2009 ble det foretatt en massiv distribusjon til landets helsestasjoner. Brosjyrene finnes også på engelsk, urdu, somali og arabisk.

Helsedirektoratet vil også i 2011 drive tilskuddsforvaltning til skade- og ulykkesforebyggende arbeid over kap. 719, post 21, og vil fungere

som et kontaktpunkt mot miljøer som arbeider med skade- og ulykkesforebygging.

Samarbeidet med Vegdirektoratet og Statens havarikommisjon for transport videreføres for ytterligere å redusere antallet drepte og skadde i trafikken.

Giftinformasjon

I Norge dør om lag 500 mennesker hvert år av akutte forgiftninger, og forgiftninger fører til rundt 14 000 innleggelses på sykehus. Antall dødsfall har de siste årene vært stabilt eller svakt synkende, mens antall sykehusinnleggelses har økt. I 2009 mottok Giftinformasjonen 40 000 henvendelser. Antall besøk på Giftinformasjonens nettside for allmennheten har økt kraftig (109 000 besøk i 2009, en økning på 58 pst. sammenliknet med 2008), og nettsiden for helsepersonell (på Helsebiblioteket) hadde i 2009 om lag 10 pst. økning i besøk.

Viktige tiltak framover er å bedre forebygging og behandling av forgiftninger i helsetjenesten gjennom å styrke kontakten og samarbeidet med helsepersonell på legevakt og ved akuttmedisinske avdelinger på sykehus og å styrke dokumentasjon og kompetanse vedrørende informasjon til gravide og ammende.

Astma og allergi

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

Pollenallergi er den hyppigst forekommende allergien. Om lag 20 pst. av befolkningen reagerer allergisk og har behov for medisinsk behandling mot en eller flere typer pollen. På grunn av klimaforandringer opplever vi at pollensesongen starter tidligere og varer lengre hvert år.

Det er behov for koordinert innsats overfor arbeidslivet, både mht. at arbeidsmiljøet en del steder forårsaker astma og allergi og mht. de problemer personer med astma og allergi møter i arbeidslivet. Helsedirektoratet har opprettet en koordineringsgruppe som skal bidra til oppfølging av strategien, og som gjennom strategiperioden skal løfte fram og foreslå virkemidler i forebyggende og behandlingsrettet innsats.

I tillegg er det opprettet arbeidsgrupper for områdene mat, inneklimate og allergi. Disse gruppene skal gi faglige råd om prioritering av tiltak.

Støy

Støy er et miljøproblem som rammer svært mange mennesker i Norge. Om lag 1,7 millioner mennesker er utsatt for et gjennomsnittlig utendørs støynivå over 50 dBA ved boligen sin. Bortimot en halv million mennesker er i stor grad plaget av støy. De fire viktigste kildene er vegtrafikk, fly, jernbane og industri. Av disse er vegtrafikk den klart største og stod for 78 pst. av kartlagt plage i 2006. Til tross for at beregningene viser en nedgang i støyen fra jernbane og luftfart fra 1999 til 2006, er den totale støybelastningen i Norge økt med om lag 3 pst. i denne perioden. Dette skyldes at støyen fra vegtrafikk, har økt med om lag 8 pst. i perioden.

Sentrale helsemyndigheter deltar i arbeidet med oppfølging av Nasjonal handlingsplan mot støy 2007–2011. Også Helsedirektoratets kartlegging av miljørettet helsevern i landets kommuner viser at vegtrafikk er den største lokale støykilden. Lokale helsemyndigheters deltagelse i samsunns- og arealplanlegging vil være et viktig bidrag til å forebygge og redusere støy fra vegtrafikk og andre kilder. I forbindelse med utarbeidelse av handlingsplanen for neste periode vil det bli foretatt en evaluering av de nasjonale målene.

Forstyrrelse av søvn ansees som en av de alvorligste helseeffektene av trafikkstøy, og tall fra Statistisk sentralbyrå indikerer at 5 pst. av Norges befolkning har problemer med søvnen på grunn av støy. I byer og større tettsteder vil andelen være høyere. For å kunne måle omfanget av søvnforstyrrelser som følge av støybelastning trenger man en egnet indikator. Gjennom oppfølgingen av handlingsplan mot støy vil det arbeides videre med vurdering av en indikator på nattstøy og søvnforstyrrelser i 2010/2011.

Folkehelseinstituttets forskningsprosjekt Transportstøy og søvnforstyrrelser har gitt økt kunnskap om vegtrafikkstøy, togstøy og søvnforstyrrelser. Resultatene kan bidra til mer hensiktsmessige grenseverdier og anbefalinger for å redusere søvnforstyrrelser som følge av trafikkstøy.

Helsedirektoratet har i 2010 utgitt Veileder om vurdering av lydnivå for å forebygge helseskader ved bruk av musikkanlegg som skal kunne anvendes i kommunenes skjønnsutøvelse i miljørettet helsevernsaker.

Helseatferd – fysisk aktivitet, kosthold og tobakk

Helseatferd er atferd og levevaner som har betydning for helsen. Blant annet gjelder det helseatferd knyttet til kosthold, fysisk aktivitet, røyking og alkoholbruk. Strukturelle virkemidler som pris og tilgjengelighet står helt sentralt i arbeidet med å påvirke helseatferd og forebygge helseproblemer som følge av ugunstig helseatferd. Andre viktige virkemidler er tiltak i skoler og barnehager, lokalmiljø og i arbeidslivet, samt veiledning og oppfølging i helsetjenesten.

Virkemidler for å bidra til økt fysisk aktivitet og bedre kosthold er nærmere omtalt under kap. 711 og under post 60 og 73 i dette kapitlet samt under kap. 762. Alkohol- og narkotikapolitikken er nærmere omtalt under kap. 718.

Nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid

Målet for det tobakksforebyggende arbeidet er å hindre at unge begynner å røyke eller snuse, motivere og gi hjelp til snus- og røykeslutt, samt beskytte alle mot eksponering for tobakksrøyk.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 har som mål at andelen unge og gravide som røyker, halveres, og at andelen dagligrøykere i befolkningen reduseres til under 20 pst. innen utgangen av 2010.

I 2009 røykte om lag 21 pst. av befolkningen daglig, det samme som i 2008. Dette betyr at over 800 000 mennesker røyker hver dag i Norge, om lag like mange kvinner og menn. I tillegg røykte 9 pst. av og til.

Blant unge (16–24 år) gikk andelen som røykte daglig, opp fra 15 pst. i 2008 til 17 pst. i 2009. Hovedtendensen har imidlertid vært en stor nedgang de siste årene, og på ti år er andelen halvert. I tillegg røykte 14 pst. av og til.

I 2009 røykte om lag 19 pst. av de gravide ved svangerskapets begynnelse, om lag 8 pst. rundt tidspunktet for fødselen. Det er positivt at mange slutter under graviditeten, men etter 2006 har det vært svært liten nedgang i tallene for røyking blant gravide. Det er også store geografiske forskjeller; i Oslo røykte om lag 3 pst. gravide gjennom svangerskapet, mens i Finnmark var andelen 14,5 pst.

Røyking er en av de viktigste årsakene til sosial ulikhet i helse, om lag halvparten av sosiale forskjeller i dødelighet kan tilskrives røyking. De som røyker er overrepresentert i grupper med lav inntekt, kort utdanning og manuelle yrker; i 2009 var andelen dagligrøykere blant de som kun har grunnskole 32 pst. dagligrøykere, mens den kun

var 9 pst. blant de med universitets- eller høyskoleutdanning. Det er også store geografiske forskjeller; lavest andel dagligrøykere finner man i Oslo med 17 pst., høyest i Finnmark med 31 pst.

Om lag 6 pst. av befolkningen, i hovedsak menn, brukte snus daglig i 2009. Blant unge menn (16–24 år) bruker 21 pst. snus daglig mot 7 pst. blant unge kvinner. I tillegg bruker 12 pst. blant unge menn og 11 pst. blant unge kvinner snus av og til. Bruk av snus har økt betydelig de siste årene blant yngre menn, og har blitt vanligere enn røyking. Imidlertid ser det ut til at økningen har avtatt og kanskje stanset de siste par årene. Blant unge kvinner har bruken økt noe.

Undervisningsprogrammet om tobakk i ungdomsskolen, FRL, ble gjennomført med 56 pst. deltakelse i skoleåret 2009–2010, det samme som året før. I Finnmark deltar hele 92 pst. av elevene. Fylkesmannen bidrar til implementering av programmet. Helsedirektoratet samarbeider med Kreftforeningen om snus- og røykesluttprosjekt for ungdom i videregående skole.

Røyketelefonen 800 400 85 gir hjelp til snus- og røykeslutt med gratis veiledning og oppfølging og besvarte nærmere 6500 henvendelser i 2009. Helsedirektoratet, Fylkesmannen og frivillig sektor samarbeider om å gjennomføre røykesluttkurs over hele landet.

I 2009 ble det gjennomført en evaluering av prosjektet om røykfritt arbeidsliv som bl.a. viste at de virksomhetene som hadde gjort grundig forarbeid i form av bl.a. planlegging, konkrete tiltak, involvering av ansatte og god informasjon underveis, kom lengst i arbeidet med å bli en røykfri bedrift.

Våren 2010 gjennomførte Verdens helseorganisasjon (WHO) en evaluering av det tobakksforebyggende arbeidet i Norge i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. WHO ble bedt om å se med kritisk blikk på hva Norge kan gjøre bedre i neste strategiperiode. Det ble således ikke fokusert på områder som vurderes som vellykkede. Evalueringen viste bl.a. at:

- Norge overholder ikke fullt ut sine forpliktelser i henhold til WHO's tobakkskonvensjon
- Arbeidet med røykeavvenning skjer usystematisk og på en mangelfull måte
- Det er ikke tilstrekkelige ressurser til tobakksforebygging
- Massemediekampanjer ikke har vært gjennomført de siste årene
- Dagens lovgivning er utilstrekkelig til å beskytte alle mot passiv røyking
- Det mangler en mekanisme for overvåking og håndheving av eksisterende regelverk
- Salg av tobakksvarer er utilstrekkelig regulert

- Det er ingen reell overvåking av tobakkindustriens markedsføring og sponing i Norge
- Snus bør likebehandles med røyketobakk når det gjelder tobakksavgifter og bildeadvvarsler

Departementet har startet arbeidet med en ny strategi for det tobakksforebyggende arbeidet for perioden 2011–2015.

Forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer trådte i kraft 1. januar 2010, sammen med forskrift om innføring av bildeadvvarsler på tobakkspakkene. Etter en overgangsordning vil bildeadvvarslene være på sigarettpakkene innen 1. juli 2011 og på andre tobakksprodukter innen 1. januar 2012.

Siden 2005 er Norge, sammen med 168 andre land, part i WHO's tobakkskonvensjon. Det pågår forhandlinger om en protokoll om ulovlig handel av tobakksvarer. I tillegg til folkehelsehensyn har ulovlig handel med tobakksvarer økonomiske konsekvenser for myndighetene. Norge deltar i en arbeidsgruppe som utvikler retningslinjer for kontroll og regulering av tobakksprodukter.

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten foretatt to kunnskapsoppsummeringer våren 2010; en om effekt og sikkerhet av legemidler til røykeslutt og en om kostnadseffektiviteten av legemidler til røykeslutt. Rapportene vil fungere som dokumentasjonsgrunnlag for nye nasjonale faglige retningslinjer for røykeavvenning i primærhelsetjenesten.

Gjennom arbeidet med Nasjonal strategi for kolsområdet (2006–2011) har Nasjonalt kolsråd utgitt anbefalinger også i 2009. Helsedirektoratet arbeider med nasjonale faglige retningslinjer for diagnostisering og oppfølging av personer med kols.

Avgiften på snus og tobakk foreslås økt med henholdsvis 10 pst. og 5 pst. ut over prisjustering.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte midler knyttet til varige arbeidsoppgaver med skadedata i Norsk pasientregister. 0,65 mill. kroner av bevilgningen under kap. 719, post 21, foreslås derfor flyttet til kap. 720, post 01.

Post 60 Kommuneutskudd

Bevilgningen skal gå til å styrke det lokale folkehelsearbeidet, bl.a. gjennom kommunebasert utviklingsarbeid og lokal implementering av nasjonale prioriterte satsinger på folkehelsefeltet. 5,5 mill. kroner foreslås satt av til forebyggende helsearbeid i Groruddalen og Oslo Sør og om lag 7 mill. kroner til lokale tilbud for å fremme sunne levevaner blant grupper med forhøyet risiko for å utvikle sykdom relatert til helseatferd og med særlig vekt på å motvirke sosiale helseforskjeller.

For å ivareta oppgaver som følger av lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008–2009), ble 41,3 mill. kroner innlemmet i rammetilskuddet for fylkeskommunene i 2010, jf. kap. 572, post 60.

Folkehelse lovpålagt oppgave for fylkeskommunen

Som oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge, ble det i 2004 etablert en tilskuddsordning for å stimulere til et sektorovergripende folkehelsearbeid basert på partnerskap regionalt og lokalt. Fylkeskommunene ble som regional utviklingsaktør utfordret til å påta seg lederrollen i partnerskap for folkehelse, og å være pådriver for folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. Lov 19. juni 2009 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet trådte i kraft 1. januar 2010 ved gjennomføringen av forvaltningsreformen, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008–2009) og Innst. O. nr. 112 (2008–2009).

Med denne loven går folkehelsearbeidet over fra å være en frivillig til lovpålagt oppgave for landets fylkeskommuner. Fylkeskommunene har etter loven ansvar for å:

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

Loven innebærer at fylkeskommunene må ta et helhetlig grep om folkehelsearbeidet i fylket i samarbeid med kommunene og bl.a. regionale statsetater, høgskole- og kunnskapsmiljøer og fri-

villige organisasjoner. Det forventes at fylkeskommunen ivaretar og vektlegger arbeid for folkehelsen i regional utvikling, i egen politikktutforming og i styring og drift av egen virksomhet som bl.a. den offentlige tannhelsetjenesten, videregående opplæring, miljø og friluftsliv, kultur og idrett, samferdsel og trafikksikkerhet mv. Videre framheves fylkeskommunenes veilederansvar etter plan- og bygningsloven overfor kommunene i rollen som samfunnsutvikler og som velferdsproducent, jf. også styrking av forebyggende helsetjenester i kommunene som er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Fylkeskommunene vil ha en sentral oppgave i å bistå kommunene i arbeidet med å forankre forbyggingsinnsatsen i kommunenes ordinære plan- og styringssystemer, herunder arbeidet med å få oversikt over helseutfordringene.

Sentrale helsemyndigheter bidrar med faglig støtte i implementeringen av loven, herunder tilrettelegging for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid og arenaer for informasjons- og erfaringsutveksling, samt med veiledning i bl.a. utviklingsarbeid for bedre overvåking av helseforhold.

Etter initiativ fra KS og fylkeskommunene ble det høsten 2009 nedsatt arbeidsgrupper for å utdype oppgaver som følger av loven, bl.a. gjelder dette lovens bestemmelse om å ha den nødvendige oversikt over helseforhold i fylket. Arbeidsgruppene leverer sine rapporter i løpet av 2010.

Utviklingsarbeid

Det har i oppfølgingen av Folkehelsemeldingen pågått utviklingsarbeid for å styrke det lokale folkehelsearbeidet. Eksempler på dette er Partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner og pågående prosjekter som Helse i plan og Kommune-helseprofiler. Erfaringer og evalueringer fra utviklingsarbeidene vil være tema på en nasjonal folkehelsekonferanse høsten 2010 og gi nyttige bidrag til det lokale folkehelsearbeidet framover.

Partnerskap for folkehelse

Fra 2007 har alle landets fylkeskommuner mottatt statlige stimuleringsmidler til styrking av folkehelsearbeidet basert på partnerskap, og det er etablert partnerskapsavtaler med om lag 60 pst. av landets kommuner. Det er særlig de fylkene som har mottatt stimuleringsmidler i flere år, som har en høy andel deltakende kommuner. Rapporter fra fylkene for 2009 viser at ernæring, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, rusforebygging og fremming av god psykisk helse er prioriterte inn-

satsområder i de fleste fylker. Arbeidet er jevnt over godt forankret i politiske vedtak i fylkesting og kommunestyre, samt i overordnede planer. Partnerskap for folkehelse er evaluert av Møreforskning og NIBR. Underveisevaluering ble gjennomført i 2008, og sluttrapport fra evalueringen forelå vår 2010.

Helse i plan

Det femårige Helse i plan-prosjektet (2005–2010) er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Miljøverndepartementet. Prosjektets mål er å styrke folkehelsen ved å forankre ulike folkehelse tiltak i ordinære plan- og styringssystemer kommunalt og regionalt ved bruk av plan- og bygningsloven som verktøy. Videre er det et mål å tilrettelegge for oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren. Hovedproblemstillingen er hvordan plan- og bygningsloven og samfunnsplanlegging kan bli sentrale virkemidler for et mer systematisk og langsiktig folkehelsearbeid.

Over 30 kommuner i åtte fylker er involvert i utprøvningsarbeid, hvor det bl.a. legges vekt på universell utforming, fysisk aktivitet, kosthold, trygge lokalsamfunn og psykisk helse. Noen kommuner arbeider også med bruk av planverktøyet for å motvirke sosiale helseforskjeller gjennom innsats mot bakenforliggende faktorer. Prosjektet er på god vei til måloppnåelse, bl.a. ved at samtlige av de 30 utprøvningskommunene så langt har nedfelt målformuleringer om folkehelse og folkehelsehensyn i kommuneplanens samfunnsdel. De fleste utprøvningskommunene har realisert eller er i ferd med å realisere målformuleringer i samfunnsdelen til tiltak i arealdelen av kommuneplanen. Folkehelse tiltakene synliggjøres i kommunenes økonomiplaner. Utprøving av ulike modeller for forankring av ernæringsarbeid i kommunene har foreløpig identifisert og beskrevet fem mulige modeller der 4 av 5 krever klinisk ernæringsfysiolog som kjernekompetanse.

Samarbeidet med høyskoler og universiteter om kompetanseoppbygging innen plan- og prosess har så langt resultert i fire studietilbud hhv. ved Høgskolen i Vestfold, Høgskolen i Oslo, Høgskolen i Bodø og ved Høgskolen i Gjøvik. Det arbeides med å trekke flere høyskoler med i kompetanseoppbyggingen. Helsedirektoratet ivaretar prosjektledelse og oppfølging.

I 2010 er det lagt vekt på å få det regionale nivået til å ta et enda større ansvar for veiledning til kommunene om helsehensyn i planlegging etter plan- og bygningsloven. Slik understøttelse av kommunenes arbeid følger også av lov om fylkes-

kommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008–2009). Det foreligger underveisevalueringer fra Møreforskning og NIBR fra 2008. Flere veiledere om hvordan ivareta folkehelseperspektivet i planlegging er under utvikling, basert på erfaringene fra prosjektet. En eksempel-database er etablert for å spre erfaringer fra utprøvningskommunene til flere kommuner.

Sluttevalueringen forelå april 2010. Erfaringene og den kunnskap som er bygd opp gjennom Helse i plan-prosjektet, vil være til nytte for det framtidige folkehelsearbeidet, bl.a. i implementeringen av dagens folkehelselov for landets fylkeskommuner og lovarbeid i oppfølgingen av Samhandlingsreformen. Helse i plan som metodeutviklingsprosjekt avsluttes i 2010.

Pågående lovarbeid

Dagens folkehelselov regulerer fylkeskommunenes oppgaver i folkehelsearbeidet. I høringen av lovforslaget vinter 2009 pekte en rekke høringsinstanser, bl.a. flere kommuner, de fleste fylkeskommuner og KS, på behovet for å regulere kommunenes ansvar for folkehelse i samme lov.

St. meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen viser til at det er behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunene. Selv om meldingen primært behandler endring i ressursinnsatsen i helsetjenesten, gir den også klare føringer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Meldingen legger til grunn at kommunehelsetjenesteloven i utgangspunktet er en god lov for kommunens arbeid med å fremme folkehelse og forebygge sykdom, men at en del viktige områder ikke, eller i uklar grad, er regulert. I meldingen varsles behovet for en gjennomgang av kommunenes folkehelseansvar i regelverket.

Høsten 2010 gjennomføres høring av forslag til ny lov om folkehelsearbeid. Lovforslaget retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Lovforslaget vil erstatte bestemmelsene om folkehelsearbeid, herunder miljørettet helsevern, i kommunehelsetjenesteloven i tillegg til å erstatte lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Gjennom lovforslaget legges det til rette for mer effektivt og målrettet folkehelsearbeid blant annet ved å legge til rette for mer systematisk og langsiktig arbeid samt løfte fram folkehelse som et lokalt og regionalt politisk tema. Det tas sikte på å legge fram forslag om ny lov om folkehelsearbeid for Stortinget våren 2011.

Områdesatsinger i Groruddalen og Oslo sør

Groruddalen og Oslo sør er en områdebasert tverrfaglig satsing i Oslo kommune som startet opp i 2007, og som nå involverer alle fire bydeler i Groruddalen og bydel Søndre Nordstrand. Satsingen er en del av Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen, og siktemålet er å styrke innvandrerbefolkningens helse gjennom tiltak som fremmer fysisk aktivitet, gode kostvaner og sunn livsstil, herunder god tannhelse. Innsatsen rettes mot høyrisikogrupper i innvandrerbefolkningen. Bevilgningen omfatter flere delprosjekter som bygger på erfaringer fra bl.a. MoRo-prosjektet i bydel Romsås og på initiativ fra samarbeidende bydeler.

I 2010 ble det bevilget totalt 5,5 mill. kroner til Groruddalssatsingen, og til Oslo Sør-satsingen. Groruddalssatsingen er tildelt 4,5 mill. kroner hvorav 3,9 mill. kroner går til en videreføring av Stork-prosjektet og 600 000 kroner til videreføring av prosjektet Jeg KAN i bydel Alna. 1 mill. kroner er tildelt Oslo Sør-satsingen til Familiesenteret – helse og livsstil og prosjekt Fysisk aktivitet for barn og unge på Bjørndal.

Alle prosjektene rapporterer om god rekruttering og tilbudene har generert mye entusiasme og oppmerksomhet i lokalmiljøene.

Stork-prosjektet dekker bydelen Bjerke, Gro-rud og Stovner i Oslo, og retter seg mot gravide kvinner bosatt i disse bydelene. Målet er å avdekke risiko og forebygge utviklingen av svangerskapsdiabetes og andre svangerskapsrelaterte komplikasjoner blant gravide. Det er også et mål å øke den generelle kompetansen i svangerskapsomsorgen rettet mot kvinner med minoritetsbakgrunn. Prosjektet har så langt avdekket høyere forekomst og risiko for svangerskapsutløst diabetes, økt jernmangel og D-vitamin mangel blant gravide i de tre bydelene. Dette gjelder både blant kvinner med minoritetsbakgrunn og etnisk norske kvinner.

Pilot på aktivitetstilbudet Smart start er utprøvd i bydel Stovner, og det hadde oppstart i bydelene Bjerke og Gro-rud i april 2010. Tiltaket har vært knyttet opp til et eksternt forskningsprosjekt der man gjennom tiltaket samler inn data på gravide kvinner. 800 kvinner fra alle tre bydeler er per mai 2010 inkludert.

Jeg KAN-prosjektet er et tilbud til befolkningen over 18 år i bydel Alna som vil dra nytte av forebyggende tiltak for å hindre utvikling av livsstilsrelaterte helseplager.

Familiesenteret – helse og livsstil er en videreføring av de to prosjektene InnvaDiab II og Mat i

barnehagen tilpasset innvandrerbefolkningen. Familiesenteret arbeider for å fremme trivsel og god helse blant barn og unge – og deres familier i bydel Søndre Nordstrand gjennom tidlig identifisering av fysiske, psykiske og sosiale utfordringer hos barnet og familien. Familiesenteret er også en ressurs for øvrige tjenester i bydelen.

Bevilgningen foreslås videreført i 2011.

Tilbud for å fremme sunne levevaner

Det pågående arbeidet med utvikling og tilrettelegging av lokalbaserte tilbud for å fremme sunne levevaner videreføres i 2011. I tråd med føringer for Stortingets bevilgning, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008), målrettes innsatsen mot grupper med forhøyet risiko for å utvikle sykdom relatert til levevaner. Det legges vekt på inkludering av minoritetsgrupper og på utjevning av sosiale helseforskjeller. Tilbudene bygger på kunnskap og erfaringer fra blant annet evaluering og oppfølging av grønn resept-ordningen, og tilbudene skal være et ledd i en prioritert satsing forankret i det kommunale plansystemet. Forebyggende arbeid er nærmere omtalt under Primærhelsetjenester kap. 762.

Stimuleringsmidlene ble i 2009 fordelt med om lag 700 000 kroner til tolv av landets fylker. I 2010 har til sammen 16 fylker fått stimuleringsmidler til å utvikle slike tilbud. Ved utgangen av 2009 var det etablert såkalte frisklivstilbud/-sentraler i om lag 70 kommuner eller interkommunale samarbeid. Frisklivssentraler er tilbud for risikogrupper forankret i kommunehelsetjenesten. Frisklivssentralene har tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner ved hjelp av motivasjonssamtale/helse-samtale, fysisk aktivitetstilbud, tilbud for kostholdsendring og tilbud om røykeslutt. I mange kommuner legges det til rette for samarbeid mellom frisklivstilbudet, Nav, spesialisthelsetjeneste, attføring, frivillige organisasjoner og lavterskeltilbud i regi av andre lokale aktører.

BraMat-kurset inngår som en del av frisklivstilbudet. Evaluering av BraMat-kurslederkurset viser at det er et godt kompetansehevningsverktøy, og ¼ av kursdeltakerne har så langt brukt konseptet i lokale BraMat-kurs. Kurspakken benyttes også i daglig arbeid og i møte med brukerne, som forventer å få kostråd og veiledning.

Frisklivstilbudet kan også inkludere lokale utstyrssentraler. Formålet er at sports- og friluftsutstyr skal være lettere tilgjengelig for alle. Det legges derfor vekt på at utstyr skal kunne lånes ut gratis eller leies til rimelig pris. Videre skal det være enkelt for en kommune å etablere og drifte en utstyrssentral. Helse- og omsorgsdepartementet har utviklet

informasjonsmaterieell for etablering av lokale utstyrssentraler.

Helsedirektoratet arbeider med utvikling av veileder for etablering og organisering av frisklivstilbudet i kommunehelsetjenesten. Det skal gjennomføres et pilotprosjekt for å teste anvendbarhet av ulike målemetoder. Målemetodene skal kunne benyttes som verktøy i individuell veiledning og som evaluering og kvalitetssikring av tilbudet. Det skal arbeides videre med kompetanseheving for kommuner på levevaneområdene og innen helsepedagogikk/ motivasjons- og mestringsarbeid.

Utviklings- og tilretteleggingsarbeidet videreføres i 2011 og skal sees i sammenheng med bl.a. oppfølgingen av grønn resept-ordningen og inngå i en styrking av forebyggende helsetjenester i kommunene som ledd i Samhandlingsreformen. Se nærmere omtale i kap. 704 og kap. 762 under Primærhelsetjeneste.

Med utgangspunkt i Nordisk handlingsplan for bedre sunnhet og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet i regi av Nordisk Ministerråd er det etablert et nordisk nettverk for samarbeid om fysisk aktivitet og kosthold på resept. Planlagte tiltak gjennomføres i perioden 2008–2010. Det skal arrangeres en felles Nordisk konferanse i Danmark i 2010.

Post 70 Smittevern mv.

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

Forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner

Den nasjonale hivstrategien Aksept og mestring (2009–2014) ble lansert i juni 2009. Strategien er tverrsektoriell og har to hovedmål: 1) Nysmitte med hiv skal reduseres – særlig i grupper med høy sårbarhet for hiv. 2) Alle som er smittet av hiv, skal sikres god behandling og oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell orientering og/eller praksis, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi.

Strategien er innrettet mot å øke kunnskapen og bevisstheten om hiv og aids i befolkningen, redusere stigma og diskriminering knyttet til hiv og redusere nysmitte – særlig blant sårbare grupper. Videre tas det sikte på å redusere mørketall og tidlig avdekking av hivinfeksjon; fjerne barrierer for tilgang til medisinsk behandling og gi helhetlige behandlingstilbud basert på god samhandling

mellom aktører i helsetjenestene. Strategien skal også bidra til å sikre hivpositive full deltagelse i arbeidslivet, videreføre internasjonalt samarbeid og innsats og følge opp internasjonale forpliktelser i arbeidet med hiv og aids, samt og bidra til å styrke forskning om forebygging og behandling av hiv, monitorering og evaluering av forekomst, risikofaktorer og effekter av tiltak. Helsedirektoratet leder en tverrsektoriell direktoratsgruppe som skal bidra med oppfølgingen av strategien.

I 2009 ble det diagnostisert 282 nye hivsmittede i Norge, 183 menn og 99 kvinner. Dette er en svak nedgang fra 2008. Den svake nedgangen i 2009 skyldes i hovedsak noe nedgang blant flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente smittet før ankomst til Norge og blant menn som har sex med menn (MSM). I de siste årene har disse to gruppene utgjort mellom 70 til 80 pst. av alle nydiagnostiserte i Norge. Totalt var det ved utgangen av 2009 diagnostisert 4368 hivsmittede i Norge, 2931 menn og 1437 kvinner.

Antall hivtilfeller blant MSM sank fra 92 i 2008 til 87 i 2009. Til tross for denne nedgangen holder hivtallene seg i MSM-gruppen på et høyt nivå sammenliknet med begynnelsen av 2000-tallet. Blant de 87 mennene som er blitt smittet homoseksuelt er det 29 personer med utenlandsk bakgrunn og som har blitt smittet etter ankomst til Norge, tilsvarende for 2008 var 16 personer. 17 av de 29 kommer fra andre europeiske land. Smittesituasjonen blant MSM preges fortsatt av at mange blir smittet ved tilfeldig eller anonym ubeskyttet sex i Norge eller på feriereiser i utlandet.

Flertallet av de som påvises heteroseksuelt smittet, er innvandrere smittet i opprinnelig hjemland før ankomst til Norge. Av til sammen 170 personer var 126 av utenlandsk opprinnelse smittet før de kom til Norge. I 2009 ble 44 personer diagnostisert etter heteroseksuell smitte mens de var bosatt i Norge. Andelen med innvandrerbakgrunn som er smittet mens de lever i Norge, har økt i de seneste årene.

Det ble påvist 11 hivpositive injiserende stoffmisbrukere i 2007. 4 barn ble meldt perinatalt smittet i 2008, alle født i utlandet. Fortsatt påvises det svært lite smitte av hiv mellom heteroseksuell ungdom i Norge.

I 2009 ble det diagnostisert 22 754 tilfeller av genital klamydiainfeksjon. Det utgjør en nedgang på 3,1 pst. fra året før. Sju av ti som får diagnostisert klamydiainfeksjon er under 25 år, og i 2009 var 62 pst. av de diagnostiserte kvinner. Det testes imidlertid mer i aldersgruppene over 24 år, og det kan derfor være behov for ytterligere intensivering av testing blant ungdom og unge voksne.

Forekomst av gonoré i den generelle befolkningen er relativt lav med totalt 269 diagnostiserte gonorétilfeller i 2009, mot 301 tilfeller i 2008. Antall tilfeller har gått noe ned blant heteroseksuelt praktiserende kvinner og menn, mens blant MSM er situasjonen nokså uforandret fra de siste årene.

I 2009 ble det meldt 76 tilfeller av syfilis mot 56 tilfeller i 2008. Økningen skyldes flere tilfeller av syfilis blant MSM. Generelt er både gonoré og syfilis svært sjeldne sykdommer blant kvinner og ungdom i Norge.

Arbeidet med å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, særlig blant menn og ungdom, skal videreføres og målrettes bedre. Forebyggende tiltak, testing, smitteoppsporing og oppfølging tilpasset de ulike målgruppene skal prioriteres. Lett tilgang på informasjon og kunnskap, lett tilgang på kondomer i tillegg til god handlings- og mestringskompetanse i seksuelle situasjoner er en avgjørende strategi. Mål og metoder for dette arbeidet sammenfaller i stor grad med Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse, jf. kap. 762, post 73.

I lys av det økende antallet kvinner og menn som lever med hiv, skal det legges vekt på å styrke tilbudene om psykososial oppfølging i tjenesteapparatet og organisasjonene. Hivstatus er en stor utfordring i enkelte innvandremiljøer. Kvinner utgjør den økende andel av hivpositive i denne gruppen, og tiltak tilpasset deres særskilte behov skal vektlegges.

En rekke pasienter som lever med hiv, benytter seg i stor grad av spesialisthelsetjenesten for både hivrelatert og ikke-hivrelatert oppfølging. For å sikre et økende antall pasienter med hiv god oppfølging lokalt, har Helsedirektoratet i samarbeid med profesjons- og brukerorganisasjonene satt i gang et arbeid for å få til økt samhandling og kvalitet i oppfølgingen av hivpositive. Arbeidet skal videreføres i 2011.

Forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens

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

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

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

Det skal i 2010 foretas en midtveisevaluering av den nasjonale strategien i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt. I 2011 vil instituttet arbeide videre med implementeringen av strategien i lys av anbefalingen i midtveisevalueringen. Det vises for øvrig til kap. 725 om pasientsikkerhet, og at det i 2011 skal settes i verk en pasientsikkerhetskampanje, der reduksjon av infeksjoner blir ett av inn-satsområdene i kampanjen. I 2011 arbeider Antibiotikasenter for primærmedisin sammen med Helsedirektoratet på en revisjon av den elektroniske versjonen av Nasjonal faglige retningslinjer for forebygging av antibiotikaresistens i primærhelsetjenesten. Arbeid med papirutgaven vil også starte i 2011. Det er foreslått tilskudd til dette arbeidet som gjelder både revideringsarbeid og trykking av retningslinjer. Det skal i 2010 settes i gang arbeid med utarbeidelse av en nasjonal veileder for bruk av antibiotika i spesialisthelsetjenesten.

Øvrig smittevern

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

Post 73 Fysisk aktivitet

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

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

Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) er gjennomført og delvis prolongert i 2010. Åtte departementer har bidratt med virkemidler og tiltak innenfor sine ansvarsområder. Handlingsplanen ble evaluert i 2009. Evalueringen viser at planen har vært viktig for å sette fysisk aktivitet på dagsorden, skape bevissthet om fysisk aktivitet og helse og gi legitimitet til arbeidet også utenfor helsesektoren. Planen har vært et kunnskapsdokument for myndigheter og frivillige organisasjoner sentralt, regionalt og i kommunene. Evalueringen framhever Kunnskapsdepartementets styrking av arbeidet med fysisk aktivitet i skolen – to nye uke-timer fra skoleåret 2009/2010, men bemerker for øvrig at handlingsplanen i liten grad har forpliktet ut over løpende oppgaver og tiltak i de respektive departementer. Evalueringen danner grunnlag for strategivalg i videre satsing for å styrke folkehelsen gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen.

Fysisk aktivitet er et viktig fagområde i folkehelsearbeidet og i forebyggende helsetjenester i oppfølgingen av Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2009–2010).

Aktivitetsnivå

Nasjonale kartlegginger viser at aktivitetsnivået er lavere enn tidligere antatt og at utviklingen går i negativ retning. Andelen som er fysisk aktive, øker med økende sosioøkonomisk status. Det samme gjelder for deltakelse i organisert fysisk aktivitet og medlemskap i frivillige organisasjoner innen kultur og fritid. Aktivitetsnivået synker med økende alder. Blant niåringer har 91 pst. av guttene og 75 pst. av jentene et tilfredsstillende aktivitetsnivå, mens bare halvparten av 15-åringene oppfyller anbefalinger om minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet. Blant voksne i alderen 20 til 85 år viser kartlegging fra 2009 at 22 pst. av kvinnene og 18 pst. av mennene oppfyller anbefalingene om minst 30 minutters daglig moderat fysisk aktivitet.

Undersøkelser tyder på at andelen i befolkningen som driver mosjon og trening, er noe økende, men det er store variasjoner. Blant høytlønnte med høy utdanning er det dobbelt så mange som trener enn blant de med grunnskole eller lav lønn. Samtidig viser undersøkelser at hverdagsaktiviteten går ned. Vi lever et stadig mer stillesittende liv, for eksempel viser undersøkelser at tenåringsgutter i snitt bruker 44 timer per uke etter skoletid på skjermaktiviteter. Bruk av bil har økt betydelig selv på korte turer. Over halvparten av alle reiser på 1–3 kilometer fortas med bil.

For å kunne følge utviklingen i fysisk aktivitet knyttet til alder, kjønn, geografi og sosioøkon-

misk status vil nasjonale kartlegginger gjennomføres jevnlig. Ny kartlegging blant 9- og 15-åringer er startet opp i 2010. Det er etablert samarbeid med berørte departementer og faginstanser om en bedre samordning av data i befolknings- og utvalgsundersøkelser.

Tilskudd til lavterskel fysisk aktivitet

Bevilgningen over posten har i 2010 gått til tilskuddsordningen til forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet i regi av frivillige organisasjoner og til tiltak i Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder.

I likhet med foregående år er det i 2010 tildelt 0,5 mill. kroner til hvert av landets fylker ved fylkeskommunen for kanalisering til lokale lag og foreninger. Lokalbaserte aktiviteter rettet mot fysisk inaktive, særlig blant barn og unge, er prioritert. Evaluering av tilskuddsordningen (2008) viser at ordningen stimulerer til et bredt spekter av aktiviteter i regi av ulike lag og foreninger og at den er viktig for grupper som faller utenfor de ordinære aktivitets- og idrettstilbudene. Evalueringen viser videre at ordningen har medvirket til økt fokus på lavterskel fysisk aktivitet, at forvaltningen av ordningen er formålstjenlig, men at fokus ytterligere bør rettes mot spesifikke målgrupper. Evalueringen viser også at det er stor etterspørsel etter midler til lokalbaserte aktiviteter. Tilskuddsordningen foreslås videreført i 2011.

Som oppfølging av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008) er Norges bedriftsidrettsforbund i 2008 og 2009 innvilget tilskudd til planlegging og gjennomføring av Sykle til jobben-aksjonen. Aksjonen hadde i 2009 12 000 deltakere. Tilskuddet er videreført i 2010. Videre er Friluftsrådene Landsforbund i likhet med de to foregående år også i 2010 innvilget tilskudd til satsingen friluftsliv og folkehelse. Satsingen retter seg mot fysisk inaktive voksne og eldre, herunder mennesker med innvandrerbakgrunn. Tilskudd til Landslaget for fysisk fostring i skolen til arbeid med informasjons- og kunnskapsformidling samt kompetansehevingstiltak overfor kroppsvingslærere er videreført i 2010.

Innenfor rammen av føringer i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008–2009) og Prop. 1 S (2009–2010) er Norges Idrettsforbund og olympiske og paralympiske komite (NIF) gitt et tilskudd på 14,6 mill. kroner til videreføring og styrking av satsingen på forebyggende helsearbeid gjennom fysisk aktivitet i regi av norsk idrett. Følgende områder inngår i satsingen: 1) Styrking av arbeidet med idrett for

funksjonshemmede, 2) Et sprekere Norge i regi av Norges bedriftsidrettsforbund, og 3) Idrettslig lavterskeltilbud for fysisk inaktive og andre utsatte grupper. Satsingen i regi av norsk idrett foreslås fulgt opp i 2011. Midlene skal gå til aktivisering av fysisk inaktive, herunder fysisk inaktive barn og unge som faller utenfor de ordinære idrettstilbudene.

Friluftslivets fellesorganisasjon er i 2010 innvilget økonomisk støtte til tilrettelegging og gjennomføring av en 2–3-årig satsing på friluftsliv i forebyggende og helsefremmende arbeid i et utvalg kommuner. Det er lagt til grunn at konkretisering og gjennomføring av satsingen skjer i samarbeid med kommunene. Satsingen foreslås fulgt opp i 2011.

Kunnskap og kompetanse – forebygging i helsetjenesten

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

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

Aktivitetshåndboken, Fysisk aktivitet i forebygging og behandling, ble utgitt av Helsedirektoratet i 2009. I tillegg til å være oppslagsverk i den kliniske hverdagen, samt i veiledning om endring av levevaner og tilrettelegging overfor risikogrupper, er aktivitetshåndboken egnet som lærebok i ulike helseprofesjonsutdanninger. Alle legekontor og fysioterapeutklinikker har fått tilsendt Aktivitetshåndboken.

Rapporten Tiltak for økt fysisk aktivitet blant barn og ungdom fra 2008 er en systematisk litteraturgjennomgang med utgangspunkt i oversiktsstudier om effektive tiltak på ulike arenaer. Skolebaserte tiltak er blant de tiltak som kommer best ut. En kunnskapsoppsummering som gjelder voksne pågår og vil foreligge i løpet av 2010.

Temaheftet Barn og fysisk aktivitet i regi av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, ble utgitt i 2009. Heftet som er et ledd i foreldreveiledningsprogrammet og et tiltak i Handlingsplanen for fysisk aktivitet, er sendt til alle landets kommuner. Rapporten Determinanter for økt fysisk aktivitet blant inaktive voksne ble utgitt i 2009 og bygger på en spørreundersøkelse av

et landsrepresentativt utvalg. Rapporten har fokus på sentrale individuelle, psykososiale og strukturelle faktorer for at inaktive skal komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet. Rapporten avdekker bl.a. at 76 pst. av de fysisk inaktive ønsker å bli regelmessig fysisk aktiv.

Som et ledd i gjennomføringen av tiltak i Handlingsplan for fysisk aktivitet er det utviklet en brosjyre, 65+, som beskriver ulike typer fysisk aktivitet og øvelser for eldre. Materiellet er distribuert til landets elderråd og en rekke frivillige organisasjoner som har en stor andel medlemmer i den berørte aldersgruppen. Brosjyrematerialet er etterspurt. I 2010 ble rapporten Fysisk form blant voksne og eldre i Norge gitt ut. Rapporten er resultat av en multisenterstudie mellom ni høyskoler og universitet. Resultatene viser blant annet at de voksne med høyest utdanning har høyere oksygenopptak sammenliknet med dem som har grunnskole som høyest fullført utdanning.

Samarbeidstiltak på ulike arenaer

Arbeidet for trygg og aktiv transport pågår i samarbeid med relevante myndigheter, herunder samarbeid mellom Vegdirektoratet og Helsedirektoratet bl.a. om oppfølging av Nasjonal sykkelstrategi og om utvikling av en Gå-strategi. I 2009 ble det i samarbeid med Vegdirektoratet utviklet en mini-versjon av Nasjonal sykkelstrategi, Sats på sykkel, som ble distribuert til landets fylkeskommuner og kommuner. Samtidig legges det vekt på å ivareta hensynet til fysisk aktivitet i planlegging, jf. omtale av Helse i plan-prosjektet under kap. 719, post 60.

Også i 2010 har det vært et godt samarbeid mellom utdannings- og helsemyndighetene om fysisk aktivitet i skolen. I forbindelse med innføring av to uketimer obligatorisk fysisk aktivitet på mellomtrinnet fra skoleåret 2009/2010 er det etablert en ide- og ressursbank på Skolenett.no med faglige bidrag fra Helsedirektoratet.

Arbeidsplassen er en viktig arena for livskvalitet og helse for den yrkesaktive delen av befolkningen. Arbeid er i seg selv viktig for folkehelsen. Det tverrfaglige Kompetanseprogrammet Helsefremmende arbeidsplasser (2008–2009) har vært organisert som et partnerskap i 7 fylker med deltagelse fra private og offentlige virksomheter. Hel-

sedirektoratet og Arbeidstilsynet har sammen med Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap i Göteborg bidratt med kunnskap og faglig bistand. Både LO og NHO har gitt sin tilslutning til programmet. Evalueringen så langt viser at programmet har positiv utvikling og at det er vilje i deltakervirksomhetene til å tilrettelegge for et helsefremmende arbeidsmiljø og tiltak som bl.a. fysisk aktivitet. Rapport vil foreligge høst 2010.

Det treårige arbeidsmiljøprosjektet Aktive sykehus har pågått i perioden 2007–2009. Prosjektet har involvert 13 sykehusenheter i fem helseforetak i de fire helseregionene med totalt om lag 12 000 ansatte. Norges bedriftsidrettsforbund har ivaretatt prosjektledelse og ansvar for den faglige delen i samarbeid med deltakende sykehusenheter. Målet med prosjektet har vært å bidra til økt fysisk aktivitet hos grupper som er lite fysisk aktive, fremme trivsel generelt og bidra til et helsefremmende arbeidsmiljø. Videre er det et mål at arbeidsmiljøtiltak med vekt på fysisk aktivitet skal innarbeides som et varig innslag i HMS-arbeidet ved sykehusene, samt at erfaringer som høstes gjennom prosjektet, kommer andre sykehus til nytte. Prosjektet er evaluert av Uni helse, og evalueringsrapport forelå i juni 2010. Metodiske svakheter ved evalueringen gjør det vanskelig å trekke bastante konklusjoner. Resultatene som foreligger tyder likevel på at prosjektet i for liten grad har lykket i å nå fram med tiltak til målgruppen fysisk inaktive. Samtidig er det gjennom prosjektet høstet nyttige erfaringer og utviklet faglige verktøy som det er viktig å bygge videre på. Erfaringer og faglige verktøy vil bli formidlet til norske sykehus.

Post 79 Andre tilskudd

Tildelingen omfatter lokale folkehelseiltak innen kosthold, fysisk aktivitet og tobakksforebygging, arbeid for å redusere sosiale forskjeller i helse, evaluering av forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer og annet tobakksforebyggende arbeid, miljørettet helsevern, implementering av ny folkehelselov, implementering av ulykkesstrategien og oppfølging av WHO's 5. ministerkonferanse for miljø og helse i Europa.

Finansieringen av den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Hunt 3, avsluttes i 2010.

Programkategori 10.20 Helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
720	Helsedirektoratet	893 032	833 844	935 675	12,2
721	Statens helsetilsyn	79 050	84 771	93 836	10,7
722	Norsk pasientskadeerstatning	134 953	139 286	147 846	6,1
723	Pasientskadenemnda	34 407	34 688	37 805	9,0
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	245 556	24 513	28 965	18,2
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	169 018	112 932	124 199	10,0
726	Statens helsepersonellnemnd	132 089	6 060	6 543	8,0
727	Tannhelsetjenesten	64 491			
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda	85 641	3 624	3 551	-2,0
729	Pasient- og brukerombud	262 486	54 062	55 794	3,2
	Sum kategori 10.20	2 100 723	1 293 780	1 434 214	10,9

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
01-23	Statens egne driftsutgifter	1 457 223	1 261 750	1 393 191	10,4
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	245 922			
70-89	Andre overføringer	397 578	32 030	41 023	28,1
	Sum kategori 10.20	2 100 723	1 293 780	1 434 214	10,9

Kategori 10.20 Helseforvaltning omfatter virksomheter som retter seg mot spesialisthelsetjenester

og helsetjenester i kommuner og fylkeskommuner, samt ivaretagelse av pasienters rettigheter.

Kap. 720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse			Forslag 2011
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	
01	Driftsutgifter	790 372	732 421	785 746
21	Spesielle driftsutgifter	44 206	44 653	86 068
22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	58 454	56 770	55 861
70	Refusjon helsehjelp i utlandet			8 000
	Sum kap. 720	893 032	833 844	935 675

Post 01 Driftsutgifter

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse- og helsetjenesteområdet. Dette innebærer å:

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

Direktoratet har en rekke forvaltningsoppgaver, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor helsesektoren. Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk på helseområdet i tråd med føringene som departementet gir. Direktoratet har ansvaret for å oppnå fastlagte mål og prioriteringer i tråd med styrings-signalene fra departementet. Helsedirektoratet har følgende hovedfokus i sitt arbeid:

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

Direktoratets arbeidsmåte skal være kunnskapsbasert, tverrfaglig og helhetlig og skje i samar-

beid med andre aktører nasjonalt og internasjonalt. Direktoratet har også ansvar for å se helse i et globalt perspektiv. Direktoratet skal ha et særskilt fokus på samhandling, både mellom ulike fagprofesjoner og på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivå.

Helserefusjonsområdet ble overført til Helsedirektoratet 1. januar 2009. Arbeids- og velferdsetatens ytre etat for helserefusjoner – Helsetjenesteforvaltningen – fikk navnet Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) og ble etablert som en ytre etat til Helsedirektoratet.

I 2009 og 2010 ble 70 årsverk overført fra arbeids- og velferdsetaten til Helfo som følge av at Helsedirektoratet overtok forvaltningsansvaret for frikortområdet og nasjonal innføring av automatisk frikort fra 1. juni 2010. Helfo er etter dette en virksomhet med om lag 600 ansatte. Helfo består av 6 regionale enheter og med hovedkontor og servicesenter i Tønsberg.

Helfo forvalter vel 20 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. God informasjon om rettigheter, høy kvalitet i saksbehandlingen, effektiv kontroll og evne til å gripe inn ved misbruk er sentrale mål for virksomheten. Følgende overordnede mål er knyttet til helserefusjonsområdet:

- bedre tjenester til brukerne
- rett ytelse til rett tid
- enklere regelverk
- effektiv ressursbruk knyttet til forvaltning av helserefusjonsområdet
- se finansieringsordninger i sammenheng

I 2009 har Helsedirektoratet gjennomført en intern omorganisering. Omorganiseringen ble gjennomført med tanke på å styrke leveransene til oppdragsgivere og befolkning, og for å effektiv-

sere den interne sakshåndteringen. Samhandlingsreformen har vært en viktig premiss i arbeidet. Ambisjonen med omorganiseringen har også vært å fremstå tydeligere og styrket på omsorgsfeltet og e-helsefeltet.

Arbeidet med ny influensa A og pandemi har dominert etatens virksomhet i 2009. På vegne av Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet koordinert og ledet de nasjonale innsatsene i å forstå pandemiens utfordringsbilde og gjennomføre nødvendige tiltak fortløpende. I pandemiarbeidet har direktoratet samarbeidet spesielt nært med Folkehelseinstituttet. Pandemiarbeidet har bidratt til at beredskapsarbeidet samlet i kommuner, helseforetak og i den statlige forvaltning har fått stor oppmerksomhet. En bredere evaluering av pandemiarbeidet pågår, og kan bidra til ytterligere forbedringer.

I 2009 har Helsedirektoratet hatt stor oppmerksomhet på Nasjonal helseplan og samhandlingsreformen. Det ble også i 2010 avholdt en helseplankonferanse med bred deltakelse fra sektoren. Direktoratet publiserte med utgangspunkt i den nasjonale helseplanen en helhetlig rapport (nøkkeltallrapport) som gir status og analyse av vesentlige sider av helse- og omsorgssektoren. Direktoratet publiserte også en utviklingstrekkrapport som pekte på utfordringer, virkemidler og tiltak ved migrasjon og helse.

Folkehelsearbeidet har vært høyt prioritert med vekt på å redusere de sosiale helseforskjellene. I 2009 ble den første årlige folkehelsepolitiske rapporten om arbeidet med å jevne ut sosiale helseforskjeller, en oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007), gitt ut. Det har vært lagt vekt på områdene ernæring, fysisk aktivitet, tobakk, seksuell helse, forgiftninger, smittevern og ulike påvirkningsfaktorer i miljøet, herunder skade- og ulykkesforebygging. Av spesielle innsatsområder kan nevnes faglige retningslinjer for forebygging av hjerte-kar sykdommer, og en aktivitetshåndbok i fysisk aktivitet.

I 2009 ble Stortingets beslutning om å etablere personidentifisert Norsk pasientregister gjennomført. Direktoratet vektlegger videreutviklingen av registeret til utnyttelse for finansieringsformål, kvalitetsutvikling, forskning, styring, sikkerhet og personvern.

Innen rusfeltet har det vært en helhetlig satsing på forebygging, kompetanseheving i kommuner og spesialisthelsetjenester, bedring av samhandling mellom nivåene og økt fokus på brukervedvirkning og pårørendearbeid. Også barn som pårørende har vært et viktig satsingsfelt. Det har vært høy oppmerksomhet på å forebygge rusproblemer.

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. I etterkant av opptrappingsplanen har Helsedirektoratet lagt vekt på å videreføre intensjonene i opptrappingsplanen i de ordinære planprosessene. Blant annet har direktoratet gjennomført kampanjer rettet mot ungdom og menn, utarbeidet veiledningsmaterieell i forbindelse med psykososiale tiltak ved kriser og utarbeidet tiltaksplan for selvmordsforebygging 2010–2012. Det har vært stor oppmerksomhet om tiltak som kan bidra til at personer med psykiske problemer kan delta i arbeidslivet og gjennomføre utdanningsløp.

Innen omsorgsfeltet er det blant annet arbeidet med å øke kompetansen om demens gjennom bruk av Demensomsorgens ABC. Om lag 8000 personer har vært på opplæring i kommunene. Sentrale virkemidler innen omsorgsfeltet er etablering av undervisningshjemmetjenester i alle fylker, gjennomføring av en nasjonal konferanse om fag og forskning og utvikling av nettsidene Helse og omsorg, som har doblet besøkstallet 2009.

Direktoratet har etablert nettverk for helseregistre og kvalitetsregistre. Registerne skal videreutvikles.

Innenfor primærhelsetjenesteområdet har direktoratet lagt spesielt vekt på arbeidet med samhandlingsreformen samt utvikling av veiledere, blant annet innenfor områdene kjønnslemlestelse, helse- og sosialberedskap i kommunene, oppfølging og behandling av prostatakreft, infeksjoner hos gravide og fødende, forebygging og behandling av underernæring og primærforebygging av hjerte- og karsykdommer.

På spesialisthelsetjenesteområdet har etaten hatt stor oppmerksomhet på bedre prioriteringer i spesialisthelsetjenesten med tanke på vurderinger av henvisninger og rettighetsfesting av helsehjelp og behandlingsfrister. 30 prioriteringsveiledere er utviklet i nært samarbeid med de regionale helseforetakene, landets fagmiljøer og brukerorganisasjoner. Øvrige prioriterte områder har vært kreftområdet, systematisering og koordinering av organonasjonsfeltet og arbeid med helhetlig fokus på svangerskaps- fødsels- og barselsomsorg.

Det er et mål at tilgjengeligheten til helsetjenester er god. Informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg skal medvirke til god og likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester. Resultatene fra bruken av tjenesten viser en økning på antall henvendelser fra 2008 til 2009 på 13,3 pst. Antall telefonhenvendelser var 22 137 i 2009 og antall besøk på nettsiden var vel 340 000 eller gjennomsnittlig 932 besøk daglig. Det er et mål å videreutvikle valgmulighetene knyttet til fritt sykehusvalg og Helsedi-

rektoratet vil i 2011 arbeide for å utvide innholdet på nettstedet med informasjon om ulike behandlingstilbud og ventetider innen kreftområdet.

Gjennom 2009 har Helsedirektoratet styrket og videreutviklet sitt internasjonale arbeid med vekt på arbeidet i Verdens helseorganisasjon. Direktoratets direktør er valgt inn i styret for den globale WHO-organisasjonen. Blant de mest prioriterte arbeidsfeltene er å utarbeide gode internasjonale retningslinjer for rekruttering av helsepersonell og bidra til redusert sosial ulikhet i helse.

Helserefusjonsområdet

Til tross for større utviklings- og omstillingsbehov ble overføringen til Helsedirektoratet i 2009 gjennomført uten negative konsekvenser for brukere og tjenesteytere. Helfo har opprettholdt god produksjon både med hensyn til saksbehandling av søknader til brukere (vel 220 000 saker samlet for tannhelse og legemidler). Det samme gjelder for utbetaling av refusjonskrav til tjenesteytere. Saksbehandlings- og utbetalingsfrister er overholdt. Antall klagesaker har imidlertid økt, spesielt på legemiddelområdet. Årsaken til økningen undersøkes nærmere og restansesituasjonen for klagesaker gis styringsmessig oppmerksomhet.

Brukerorienteringen er videreutviklet i løpet av 2009 gjennom økt servicenivå ved Servicesenteret, egen nettside www.helfo.no og etablering av Helsetjenestens veiledningssenter. Helsetjenestens veiledningssenter ble etablert 1. mai 2009. Formålet er å gi helhetlig informasjon til brukere om pasientrettigheter, forvaltning og helsetjenester og bedre ressursutnyttelsen i sektoren gjennom rask og serviceorientert informasjon. I 2009 var det seks tilknyttede tjenester (Fritt sykehusvalg, Arbeidsgivertelefonen Raskere tilbake, Pasientformidling, Helfo servicesenter, Fastlegetelefonen, Helsetrygdkort).

Basert på Helfos kontrollstrategi og -plan for 2009 er det gjennomført kontroller på prioriterte områder. Blåreseptkontroll er gjennomført som planlagt. Førstegangskontroller ble i all hovedsak gjennomført for alle nye behandlere i 2009. Det er gjennomført flere spesifikke analyser for å avdekke risiko eller behandlere/institusjoner som praktiserer feil bruk av regelverket. Kontrollnivået i 2009 har vært på nivå med 2008.

Det vises til programområde 30 Stønad ved helsetjenester for ytterligere resultatrapportering på helserefusjonsområdet.

Overføringen av helserefusjonsområdet til Helsedirektoratet har gitt flere og til dels kompliserte grensesnitt til Nav. IT-systemene på helsere-

fusjonsområdet er delvis felles og for øvrig tett integrert med Navs IT-systemer.

Et viktig og krevende felt innenfor helserefusjonsområdet er refusjon på tvers av landegrensene hvor det er behov for utvikling av systemløsninger mv. i de nærmeste årene.

Helsedirektoratet har utviklet en overordnet strategi for utvikling av systemporteføljen på helserefusjonsområdet. I 2010 er det gjennomført et forprosjekt.

Automatisk frikort

Forberedelsene til nasjonal innføring av automatisk frikort ble gitt høy styringsmessig oppmerksomhet i 2009. Etter en vellykket pilot i Tromsø fra 1. januar 2010 ble automatisk frikort innført nasjonalt fra 1. juni 2010. 2010 er et overgangsår hvor brukerne selv må sende informasjon om betalte egenandeler for reiser med rekvisisjon til Pasientreiser ANS for registrering. Det er et mål at ordningen fra 2011 blir helt automatisk ved at informasjon om alle egenandeler innhentes av Helfo og frikortet sendes til brukerne når egenandelstaket er nådd. Per 1. september 2010 har om lag 450 000 brukere fått tilsendt frikort.

Merknad til budsjettforslaget

Det vises til budsjettproposisjonen for 2010 der det ble varslet en ny refusjonsordning for helsehjelp i andre EØS-land. Det vises til nærmere omtale under programområde 30. Ordningen skal etter planen settes i verk 1. januar 2011. Ordningen skal administreres av Helsedirektoratet (Helfo). Det legges opp til at pasienten må legge ut for kostnader til behandlingen selv, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Deretter skal Helfo belaste folketrygden for utgiftene eller sende krav om dekning av utgiftene til hhv. kommunene, fylkeskommunene og regionale helseforetak. I den forbindelse opprettes en ny folketrygdpost på statsbudsjettet, jf. omtale under kap. 2756, post 70, Refusjon, Helsehjelp i utlandet, og en ny post 70 under kap. 720 Helsedirektoratet og en inntektspost under kap. 3720. Helfo får økte utgifter til informasjonsvirksomhet og saksbehandling med vurdering av søknader, utbetalinger mv. Det er stor usikkerhet knyttet til omfanget av ordningen, og som vil være avgjørende for hvor store utgiftene blir i Helfo. Det ble bevilget 3 mill. kroner til etablering av ordningen i statsbudsjettet for 2010. Disse videreføres i 2011. I tillegg blir det frigjort midler til administrasjon som følge av at fysioterapi i bidragsordningen avvikles.

Ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 83 (2008–2009) er Helsepersonelloven endret slik at Helsedirektoratet ikke lenger har adgang til å delegerer myndighet til private yrkesorganisasjoner til å behandle søknader om spesialistgodkjenning. Det legges opp til at Helsedirektoratet overtar forvaltningsoppgaven med godkjenning av enkeltsøknader om spesialistgodkjenning fra yrkesorganisasjonene i løpet av høsten 2011. Endringen må sees i sammenheng med oppfølging av Stortingets anmodningsvedtak om en gjennomgang av vilkår for og organisering av spesialistutdanning av personell i helsevesenet (vedtak nr. 556, 19. juni 2009). Det vises til omtale under kap. 783, post 79. Det er anslått at kostnadene til ordningen vil beløpe seg til 11 mill. kroner for 2011. Beløpet inkluderer 3,9 mill. kroner til utvikling av elektronisk saksbehandlingsverktøy, som finansieres over kap. 783, post 21, samt gebyrinntekter på 1 mill. kroner. Helsedirektoratets driftsramme foreslås styrket med 7,1 mill. kroner. I 2011 skal Helsedirektoratet blant annet ansette og lære opp saksbehandlere og dekke utgifter til sakkyndige råd.

Ved Stortingets behandling av Prop. 125 S (2009–2010) ble det overført 24 mill. kroner fra Nav til Helsedirektoratet i forbindelse med overføring av ansvaret for forvaltning av frikortordningene og utføring av enkelte administrative funksjoner. For 2011 utgjør beløpet som skal overføres 28,9 mill. kroner.

Fra 1. juni 2010 ble ansvaret for den saksportefølge som Helsedirektoratet forvaltet på vegne av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, overført til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. De budsjettmessige konsekvenser medfører at det i 2011 må overføres 21,2 mill. kroner fra Helsedirektoratet til Bufetat (kap. 858, post 01).

Helsedirektoratet har overtatt ansvaret for arbeidet med Samdata fra 2010, jf. Prop. 125 S (2009–2010). For 2011 medfører det at bevilgningen til direktoratet settes opp med 10,2 mill. kroner, mot at bevilgningene over kap. 781, post 21 og kap. 764, post 72, settes ned med hhv. 5,8 mill. kroner og 4,4 mill. kroner.

Bevilgningen foreslås satt opp med 0,35 mill. kroner til direktoratets arbeid med oppfølging av EUs Helse- og narkotikaprogram, mot en tilsvarende reduksjon i bevilgningen over kap. 718, post 21.

Ved behandling av Prop. 125 S (2009–2010) ble det overført 0,65 mill. kroner fra kap. 719, post 21, til Helsedirektoratet til finansiering av etatens varige arbeid med skadedata i Norsk pasientregister. Bevilgningen for 2011 foreslås styrket med 0,65 mill. kroner.

Det foreslås å øke bevilgningen med 1 mill. kroner i forbindelse med at Helsedirektoratet får ansvaret for informasjon til befolkningen, foreldre og helsepersonell ved tilbud om utvidet nyfødtscreening.

Det foreslås å øke bevilgningen med 5 mill. kroner til utvikling av kommunale data på forbruk av spesialisthelsetjenester. Tilgjengeliggjøring av god og kvalitetssikret styringsinformasjon fra spesialisthelsetjenesten er en sentral premiss i samhandlingsreformen. Norsk pasientregister er den primære kilden til styringsdata for spesialisthelsetjenesten og har blant annet som formål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten.

Bevilgningen til direktoratet reduseres med 1 mill. kroner knyttet til etatens arbeid med bloddirektivet. Ansvaret for arbeidet er forankret i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Bevilgningen over kap. 725, post 01, foreslås styrket tilsvarende.

Bevilgningen foreslås redusert med 1,5 mill. kroner gjennom generell effektivisering.

Det foreslås overført 0,2 mill. kroner til Difi til finansiering av arbeidet med eID på høyt sikkerhetsnivå.

Riksrevisjonen har i sin rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2008 merknader til budsjettering og regnskapsføring av drifts- og tilskuddsmidler under Helsedirektoratet. Det fremmes forslag om flytting av midler mellom drifts- og tilskuddsposter under flere kapitler som ledd i oppfølgingen av merknadene fra Riksrevisjonen. I samarbeid med Helsedirektoratet gjennomgår Helse- og omsorgsdepartementet rutine for budsjettering og regnskapsføring av drifts- og tilskuddsmidler.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å starte et prosjekt for å etablere en nasjonal kjernejournal. Nasjonal kjernejournal framheves som et viktig strategisk tiltak i Samhandlingsreformen. Mangel på livsviktig og kritisk informasjon om pasienten kan bl.a. føre til utilsiktede hendelser i diagnostikk og behandling, skade og dødsfall som følge av feil legemiddelbe-

handling og unødvendige sykehusinnleggelse. Et overordnet formål med en kjernejournal er derfor økt pasientsikkerhet gjennom tilgang til livsviktig informasjon som legemidler (medisinkort), allergier og sykdommer/behandling. Tilgang til slik informasjon vil være av vesentlig betydning for både allmennlegene, pleie- og omsorgstjenesten, legevakten, akuttmottak på sykehus og internt i sykehus.

Det foreslås å styrke standardiseringsarbeidet og sertifiseringsordninger for de viktigste systemene i helsesektoren. For å fremme elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, er det nødvendig at systemene og løsningene som tas i bruk kan kommunisere med og forstå hverandre. Bruk av felles standarder og sertifiserte løsninger er en forutsetning for effektiv elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Dagens standardiseringsarbeid er basert på frivillighet. Standardiseringsarbeidet må styrkes, og det må etableres en sertifiseringsordning. Utover sertifisering av det enkelte system, vil det være behov for forløpstesting for å sikre at alle systemer fungerer sammen og utveksler informasjon korrekt gjennom et pasientforløp.

Å legge til rette for økt pasient- og brukermedvirkning er en viktig del av helsepolitikken for å møte utfordringene helse- og omsorgssektoren står overfor. Helse- og omsorgssektoren må i mye større grad enn i dag involvere pasientene og brukerne, og gjøre det mulig å være en aktiv deltaker i spørsmål og problemstillinger rundt egen helse. Dette gjelder både med tanke på forebygging og underveis i et behandlingsforløp. Det finnes i dag en rekke nettsteder, men ikke én nasjonal eller felles inngangsportal for helseinformasjon. Erfaring fra andre land viser at informasjon, selvbetjening og dialog på nett kan bedre behandlingen og samtidig gi innsparing.

Det foreslås derfor å starte et prosjekt for å etablere en nasjonal helseportal. Her vil pasienter, brukere og pårørende få enkel tilgang til informasjon om sykdom og behandling, om tjenestetilbudet i sektoren og veiledning om rettigheter og støtteordninger. Det er tenkt at portalen på sikt skal tilby tjenester som elektronisk timebestilling, fjernkonsultasjoner, dialog, fornying av resepter med mer.

Det legges opp til en trinnvis tilnærming, med samling, tilpasning og bruk av eksisterende tjenester i en felles portal i første omgang. Første utgave planlegges å være i drift i løpet av 2011. Portalen videreutvikles med supplerende innhold og mer funksjonalitet. Målet er å etablere en nasjonal tjeneste som inkluderer både netjtjenester og tele-

fontjenester. Arbeidet med utvikling av en felles helseportal må sees i sammenheng med telefon-tjenester til Helsetjenestens veiledningssenter. På sikt skal portalen også rette seg mot helsepersonell.

Informasjonstiltak Samhandlingsreformen mv

Tilskuddsordningen til utvikling av samhandlings-tiltak og lokalmedisinske sentra har bidratt til mange lokale utviklingsprosjekter. For nærmere omtale se kap. 761, post 67. Det er behov for systematisk oppfølging av aktivitetene i kommunene og bidra til at erfaringer med utvikling av lokale tiltak blir innhentet og tilbakeført til aktørene i helse- og omsorgssektoren. Blant annet arrangeres en nasjonal erfaringskonferanse om samhandling og utvikling av lokalmedisinske sentre i slutten av november 2010.

For å følge opp Samhandlingsreformen med informasjonstiltak, innhenting av erfaringer og kunnskapsoppsummeringer fra ulike utviklingstiltak, konferanser mv. foreslås det bevilget 10 mill kroner til formålet for 2011.

Post 22 Elektroniske resepter

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

I programmet inngår den grunnleggende e-reseptfunksjonaliteten som innebærer at forskriver sender resepten fra eget journalsystem til en reseptformidler som er tilgjengelig for det apoteket pasienten velger å benytte. E-reseptløsningen gir også støtte til forskriver i form av faktaopplysninger om legemidler, løsninger for refusjonsoppgjør mellom apotek og staten, mulighet for elektroniske søknader fra lege om bruk av legemidler uten markedsføringstillatelse og søknader om refusjon av legemidler som ikke er forhåndsgodkjent for refusjon. Programmet utvikler videre løsningen Mine resepter som gir den enkelte oversikt over vedkommendes gyldige elektroniske resepter.

Arbeidet med e-resept ble startet i 2005 og er nå et samarbeid mellom Helsedirektoratet (programstyrer), Statens legemiddelverk, Den norske legeforening, Apotekforeningen, Bandagistenes næringspolitiske utvalg og de regionale helsefore-

takene. Programmet er utfordrende i og med at det kreves utstrakt samarbeid og samtidighet i utviklingen mellom flere offentlige og private aktører. Det ble derfor inngått en samarbeidsavtale mellom partene i 2006. Avtalen gjelder fram til utgangen av 2011, og legger rammer for programets finansiering, framdriftsplan og organisering. I henhold til samarbeidsavtalen skulle utviklingen av e-reseptløsningen ha en total kostnad på 283 mill. kroner (2006-kroner), hvorav 211 mill. kroner over kap. 720, post 22, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008), og den øvrige finansiering være basert på partenes egne bidrag. I denne rammen var ikke kostnader til forvaltning og videreutvikling tatt inn.

I planene for utbredelse av e-resept ble det satt som mål at 20 pst. av reseptene skulle være elektroniske ved utgangen av 2009, 60 pst. ved utgangen av 2010 og 80 pst. ved utgangen av 2011. Utbredelsen av e-resept har imidlertid ikke gått som forutsatt på grunn av forsinkelser i utviklingen av enkelte av aktørenes fagsystem som e-reseptfunksjonaliteten bygges inn i, jf. omtale i Prop. 1 S (2009–2010). Departementet arbeider derfor med videre framdriftsplaner mv. Dette skjer i dialog med de aktuelle aktørene. Forsinkelsen vil medføre økte kostnader for partene.

Piloteringen og dermed utbredelse av e-reseptløsningen startet i Os kommune utenfor Bergen i mai 2010. Piloteringen fortsetter i Larvik høsten 2010, og denne vil involvere flere aktører og systemleverandører på apotek- og legesiden.

Utbredelsen av e-resept vil avhenge av hvor raskt apotekene tar i bruk sitt nye fagsystem, implementering av e-resept i legenes elektroniske journalsystemer og av implementeringen av løs-

ningen i de regionale helseforetakene. Nasjonal dekning av nytt fagsystem i apotek forventes i løpet av 2012–2013, mens nødvendige systemtilpassninger i helseforetakene åpner for utbredelse av e-reseptløsningen tidligst i 2012 – 2013. For å muliggjøre utbredelsen i helseforetakene, vil en egen sikkerhetsløsning for foretakene bli benyttet i en overgangsperiode fram til foretakene har fått innført løsninger for personlig signatur ved utveksling av elektroniske meldinger.

E-reseptprogrammet skal i henhold til planen avsluttes i løpet av 2010. Parallelt med programets avslutning har Helsedirektoratet fått i oppdrag å etablere en forvaltningsorganisasjon for e-resept som skal sikre at den etablerte løsningen fungerer. Helsedirektoratet er tildelt ansvaret for forvaltningen ut 2013. Forvaltningsansvaret som er tildelt direktoratet, kan på sikt være aktuelt å overføre til Norsk helsenett.

Det planlegges videreutvikling av e-resept, som blant annet skal bidra til bedre beslutningsstøtte for legene ved forskrivning av resepter.

Post 70 Refusjon helsehjelp i utlandet

Det vises til omtale av den nye refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land under post 01. Helfo skal refundere midler til pasienter innenfor blant annet områdene allmennlegetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen jf. tannhelsetjenesteloven, ikke-sykehusbehandling i spesialisthelsetjenesten og fysioterapi over denne posten. Det er knyttet stor usikkerhet til omfanget av ordningen. For 2011 er bevilgningsbehovet anslått til 8 mill. kroner.

Kap. 3720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
02	Diverse inntekter	30 314	2 407	2 482
03	Refusjon helsehjelp i utlandet			8 000
04	Gebyrinntekter	1 145		1 000
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	234		
16	Refusjon av foreldrepenger	10 165		
17	Refusjon lærlinger	3		
18	Refusjon av sykepenger	15 003		
	Sum kap. 3720	56 864	2 407	11 482

Post 03 Refusjon helsehjelp i utlandet

Helfo skal sende krav om dekning av utgiftene for refusjoner belastet kap. 720, post 70, til kommunene, fylkeskommunene og regionale helseforetak. Dette inntektsføres på kap. 3720, post 03. For 2011 er inntektene anslått til 8 mill. kroner.

Post 04 Gebyrinntekter

Det vises til omtale av ny ordning for behandling av søknader om spesialistgodkjenning under kap. 783, post 21, og kap. 720, post 01. I forbindelse med omlegningen legges det til grunn at det innføres et gebyr for leger og tannleger. For 2011 er inntektene anslått til 1,0 mill. kroner.

Kap. 721 Statens helsetilsyn

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter	79 050	84 771	87 836
21	Spesielle driftsutgifter			6 000
	Sum kap. 721	79 050	84 771	93 836

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med barnevern-, sosial- og helsetjenesten og er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter.

Etter barnevernloven, sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten består tilsynsmyndighetene av Statens helsetilsyn (overordnet tilsynsmyndighet), fylkesmennene (barneverntjenesten og de sosiale tjenestene) og Helsetilsynet i fylkene (helsetjenesten og helsepersonell).

Gjennom lov om medisinsk og helsefaglig forskning er Statens helsetilsyn tillagt myndighet til å føre tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker.

Som følge av EU-direktiver, er det forskriftsfestet at Statens helsetilsyn regelmessig skal føre tilsyn med blodbanker og virksomheter som håndterer humane celler og vev (vevsbanker). Basert på en avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet skal Statens helsetilsyn også føre tilsyn med Forsvarets helse-tjenester til norsk militært personell under operasjoner i utlandet fra 2010.

Tilsynsmyndighetene skal ha oversikt over sosiale og helsemessige forhold i befolkningen. Særlig viktig er kunnskap om utsatte gruppers plikter og rettigheter etter barnevern-, sosial- og helse-lovgivningen.

Helsetilsynets klagebehandling, tilsyn og rådgivning skal medvirke til at:

- befolkningens behov for tjenester ivaretas
- tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte

- svikt i tjenestene forebygges
- ressursene i tjenestene brukes på en forsvarlig og effektiv måte.

I tillegg er det et sentralt mål at befolkningen har tillit til personell og tjenestene.

Prioritering av tilsynsområder bygger på vurderinger av fare for svikt i tjenestene og de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk. I risikovurderingene inngår kunnskap fra klagesaker, tilsynssaker (enkelt saker), revisjoner av virksomhetene, områdeovervåkning og andre kilder. Tilsynsressursene styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet der sannsynlighet for svikt er stor, der konsekvensene av svikt for brukere og pasienter er alvorlige eller der brukere og pasienter ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

Mens tilsynserfaringer tidligere har vært omtalt under kap. 721 Statens helsetilsyn er disse nå omtalt under de tjenestemrådene de gjelder.

Resultat 2009

I 2009 behandlet Statens helsetilsyn 301 tilsynssaker som var oversendt fra Helsetilsynet i fylkene for vurdering. Median saksbehandlingstid var 5,9 måneder og kravet til saksbehandlingstid ble innfridd. Det ble gitt 235 reaksjoner hvor 24 tilfeller var rettet mot virksomheter der det ble påvist brudd på helselovgivningen på grunn av utilstrekkelig intern organisering og styring. 211 reaksjoner var rettet mot helsepersonell. 108 autorisasjoner/lisenser ble kalt tilbake og 89 helsepersonell fikk

advarsler. I over halvparten av tilfellene er tilbakekall av autorisasjon relatert til rus.

I henhold til helsepersonelloven § 59a kan det settes begrensninger i autorisasjonen i tilfeller hvor advarsel ikke vurderes som tilstrekkelig for å ivareta pasientsikkerheten. Åtte helsepersonell fikk begrensninger i sin autorisasjon i medhold av denne paragrafen i 2009.

Statens helsetilsyn oversendte 62 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd i 2009. 49 av sakene er avgjort. Nemnda stadfestet Helsetilsynets vedtak i 44 saker. To vedtak ble omgjort, ett vedtak ble delvis omgjort og to vedtak ble opphevet.

Staten begjærte påtale i tre saker i 2009. I ni saker som var under etterforskning, konkluderte Helsetilsynet med at det ikke var grunnlag for å begjære påtale mot helsepersonell eller virksomhet. To helsepersonell ble anmeldt til politiet på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold. Etter anmodning fra politiet ga Helsetilsynet rådgivende uttalelse i to saker.

I 2009 ferdigbehandlet Helsetilsynet i fylkene 1958 tilsynssaker. Kravet om median behandlingstid på 5 måneder ble oppnådd i 12 av Helsetilsynene i fylkene. For landet sett under ett var median saksbehandlingstid 4,6 måneder. Det kom inn 2437 saker i 2009, 10 pst. flere saker enn året før. Antall tilsynssaker under behandling hos Helsetilsynet i fylkene økte med 6 pst. til 968 saker ved utgangen av 2009.

Helsetilsynet i fylkene behandler klager etter pasientrettighetsloven, tannhelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. I 2009 ble det behandlet 697 slike saker. I 254 av de vurderte sakene (37 pst.) er det gitt helt eller delvis medhold i klagen, eller vedtaket i førstinstansen er opphevet på grunn av saksbehandlingsfeil og liknende.

Resultatkravet for klagesakene etter helselovgivningen (unntatt saker om pasientreiser) var at minst 90 pst. av sakene skulle behandles innen tre måneder. På landsbasis ble 67 pst. av disse sakene behandlet innenfor målkravet. Kun tre embeter oppfylte kravet.

Ved utgangen av 2009 var det 168 rettighetsklager under behandling hos Helsetilsynet i fylkene. 35 pst. av rettighetsklagene på helseområdet i 2009 gjaldt rett til dekning av nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted (pasientrettighetsloven § 2-6). Resultatkravet om median behandlingstid på 3 måneder ble oppfylt samlet sett på landsbasis, og i 16 embeter.

Statens helsetilsyn har deltatt i Helsedirektoratets arbeid med å implementere pasientrettighetsloven kapittel 4A om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, som trådte i kraft 1. januar

2009. Helsetilsynet i fylket fikk 1687 kopier av vedtak, og av disse ble mindre enn 10 pst. endret eller opphevet. Erfaring fra det første året viser at omtrent 70 pst. av vedtakene krever aktivitet fra Helsetilsynet i fylket i form av rådgiving og rettledning av kommunen/tjenesten. Denne aktiviteten er knyttet til formaliteter ved vedtakene.

I 2009 behandlet fylkesmennene 3948 saker etter sosialtjenesteloven. Resultatkravet for klagesakene var at 90 pst. av sakene skulle behandles innen 3 måneder. Ti av fylkesmennene oppfylte kravet, og på landsbasis ble 80 pst. av klagenes behandlet innen 3 måneder. Ved utgangen av året var det 766 ikke ferdigbehandlede saker.

I 2009 gjennomførte tilsynsmyndighetene 164 tilsyn som systemrevisjon med sosialtjenesten (kravet var 180) og 279 med helsetjenesten (kravet var 300). 9 av 18 embeter oppfylte kravet for tilsyn med sosialtjenesten og 7 av 18 Helsetilsyn i fylkene oppfylte kravet for tilsyn med helsetjenesten. I tillegg er det gjennomført 20 andre virksomhetstilsyn, 13 innen sosial- og sju innen helsetjenestene. Sett under ett har fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene hatt en måloppnåelse på 92 pst. for systemrevisjonene.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket har i 2009 gjennomført landsomfattende tilsyn med sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger. Tilsynet ble gjennomført i kommuner hvor det gis heldøgns omsorgstjenester til barn under 18 år, hvor mange har omfattende funksjonsnedsettelse og behov for helsehjelp. Det ble undersøkt boliger i til sammen 72 kommuner/bydeler. Tilsynet er oppsummert i Rapport fra Helsetilsynet 2/2010 Det vil helst gå bra...

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2008 og 2009 landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Tilsynet har vært utført av regionale tilsynslag, supplert med psykologspesialist og psykiater som eksterne fagrevisorer. Det ble påpekt avvik på ett eller flere områder i 44 av 56 undersøkte distriktpsikiatriske sentre. Oppsummeringen er utgitt i Rapport fra Helsetilsynet 3/2010 Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud?

Som ledd i den fireårige satsingen på tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre, har Statens helsetilsyn i 2009 utarbeidet veiledningsmaterieill til bruk for Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene i tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til eldre i 2010. Tilsynet skal omfatte flere ulike temaer og skal gjennomføres med ulike tilsynsmetoder, blant annet uanmeldt tilsyn. Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene avgjør hvilke tilsyn som skal gjennomføres i hvert fylke ut fra lokale vurderinger.

I løpet av 2008 og 2009 har Helsetilsynet i 14 fylker gjennomført tilsyn med legemiddelbehandlingen i til sammen 60 sykehjem. Tilsynet har undersøkt hvordan virksomheten sikrer at beboerne får nødvendig og riktig legemiddelbehandling. Statens helsetilsyn publiserer oppsummeringsrapport i 2010.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2009 tilsyn med blodbankvirksomhet i 10 helseforetak. Blodforskriften stiller krav om et dokumentert kvalitetsstyringssystem. Det er gitt anledning til å gjennomføre tilsynene i form av systemorienterte dokumentgranskninger. Det ble undersøkt om helseforetakets kvalitetsstyringssystem sikrer kritiske trinn i transfusjonskjeden. I tillegg har Statens helsetilsyn i 2009 fulgt opp lukking av avvik fra tidligere gjennomførte tilsyn.

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene følger opp avvik fra lov eller forskrift overfor den aktuelle virksomheten (eiere og ansvarlige) inntil forholdene er brakt i orden. I de fleste tilfeller skjer dette innen rimelig tid. Ved utgangen av 2009 var det 79 tilsyn med helsetjenesten og 44 tilsyn med sosialtjenesten fra 2008 eller tidligere der avvik ikke var rettet.

Statens helsetilsyn har sett på tilsynserfaringer knyttet til forsvarlighet i vikarordninger, og har særlig oppsummert erfaringer fra saker vedrørende fødsler. Dette tas med i den videre tilsynsmessige oppfølgingen av fødeavdelinger og i behandlingen av tilsynssaker som gjelder fødsler. Tilsynsmyndigheten har ved behandlingen av tilsynssaker som omfatter vikarer vurdert om virksomheten i tilstrekkelig grad har sikret egnethet og skikkethet.

Prosjektet Styrket tilsyn med spesialisthelsetjenesten ble startet i november 2008. Etter en kartleggings- og forslagsfase ble det pekt ut fem satsingsområder som det arbeides videre med i 2010. I regi av prosjektet er det gjennomført en risikoanalyse av norsk kreftbehandling. Det er også gjort en utredning av et evaluerings- og forskningsprogram om virkning av tilsyn.

Helse- og omsorgsdepartementet og Forsvarsdepartementet inngikk avtale om tilsyn med helsetjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet i desember 2009, gjeldende fra 1. januar 2010. Avtalen gjelder for tre år.

Satsingsområder og mål for 2011

Statens helsetilsyn skal gjennomføre en kartlegging av helseforetakenes etterlevelse av pasientrettighetsloven kapittel 2, herunder bruk av elektroniske journaler og pasientadministrative systemer.

Statens helsetilsyn skal gjennomføre en kartlegging av virksomheten ved helsestasjoner. Kartleggingen skal blant annet bli knyttet til vurdering av helsegevinst av forebyggende innsats og hvordan kommunen selv definerer egeninnsats på området.

Statens helsetilsyn skal vurdere om det er behov for tiltak for å sikre at saker der drap er begått av pasienter med psykisk lidelse får en enhetlig tilsynsbehandling.

Statens helsetilsyn skal følge opp helsepersonells varslingsplikt til politi og barnevern gjennom behandling av tilsynssaker overfor helsepersonell og virksomheter.

Det er besluttet å opprette en prøveordning med en utrykningsgruppe i Statens helsetilsyn. Helseforetak og de virksomheter de har avtale med, skal i henhold til pålegg til de regionale helseforetakene, varsle Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet ut fra påregnelig risiko. Statens helsetilsyn skal på grunnlag av informasjonen om hendelsen vurdere om tilsynsmyndigheten skal rykke ut for å bringe klarhet i faktaforholdene rundt hendelsen. Ved en utrykning skal det kartlegges hva som har skjedd gjennom å innhente relevant informasjon fra helsepersonell, pasienter og pårørende. De innhentede opplysningene skal bli lagt til grunn i den tilsynsmessige vurderingen av hendelsen. Statens helsetilsyn er i revidert nasjonalbudsjett og i brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 20. mai 2010 gitt i oppdrag å etablere en utrykningsgruppe i en prøveperiode på to år. Statens helsetilsyn er styrket med 6 mill. kroner i 2011 til denne oppgaven.

Fylkesmennene skal i 2011 videreføre landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til eldre som ble startet i 2010. Et bredt spekter av temaer vil bli undersøkt, herunder omsorgstjenestens oppfølging av hjemmeboende eldre med demens, forsvarlig legemiddelbehandling, legemiddelhåndtering og forsvarlig ernæring, rehabiliteringstilbud i sykehjem samt avlastningstilbud til eldre.

Fylkesmennene skal i 2011 gjennomføre landsomfattende tilsyn med kommunalt barnevern for å undersøke om kommunene gjennomfører forsvarlige undersøkelser og forsvarlig oppfølging av enkelt saker. Fylkesmennene skal også videreføre det lovpålagte tilsynet med barneverninstitusjoner. Statens helsetilsyn arbeider med en veileder for tilsynsmyndighetens samtaler med barn i institusjoner.

Fylkesmennene skal i 2011 gjennomføre landsomfattende tilsyn med kommunenes tildeling av kvalifiseringsprogram.

Fylkesmennene skal i 2011 gjennomføre landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp i de kommunale helsetjenester etter pasientrettighetslovens kapittel 4A.

Helsetilsynet i fylkene skal i 2011 gjennomføre landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens behandling og rehabilitering av eldre med hjerneslag.

Statens helsetilsyn skal fortsette å føre tilsyn med blodbanker i henhold til kravene i blodforskriften i 2011. Statens helsetilsyn skal arbeide videre med utprøving av egnede metoder for å føre tilsyn med blodbanker.

Statens helsetilsyn skal fortsette planlegging og gjennomføring av tilsyn i tråd med krav i forskriften om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev.

Statens helsetilsyn skal planlegge og gjennomføre tilsyn med Forsvarets helsetjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet i henhold til avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Forsvarsdepartementet.

Som ledd i arbeidet med overordnet tilsyn med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, skal Statens helsetilsyn følge med på kommunenes utmåling av økonomiske ytelser til husstander med barn.

Statens helsetilsyn skal oppsummere tilsynserfaring og erfaring fra klagesaker som gjelder helsetjenester til fengselsinnsatte.

Statens helsetilsyn skal i 2011 gjennomføre en vurdering av sårbarheten i medisinsk og helsefaglig forskning med utgangspunkt i kravene i helseforskningsloven og nasjonale og internasjonale erfaringer knyttet til svikt i slik forskning.

Resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i 2011

Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn i 2010, skal være 6 måneder eller mindre, ved maksimalt 250 nye saker. Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Helsetilsynet i fylkene i 2010, skal være 5 måneder eller mindre, ved maksimalt 2000 nye saker.

Av klagesaker etter pasientrettighets-, tannhelsetjeneste- og kommunehelsetjenesteloven som Helsetilsynet i fylkene avslutter i 2010 skal minst 90 pst. ha en saksbehandlingstid på 3 måneder eller mindre, unntatt er saker som gjelder dekning av nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted.

For klagesaker som gjelder nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted skal median behandlingstid være 3 måneder eller mindre.

Av klagesaker etter sosialtjenestelovene som behandles av Fylkesmannen, og avsluttes i 2010, skal minst 90 pst. ha en saksbehandlingstid på 3 måneder eller mindre.

Det skal gjennomføres minst 180 tilsyn som systemrevisjon med sosialtjenesten kap. 4 under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde (kap. 4 i lov om sosiale tjenester) og minst 300 med helsetjenesten. Det skal gjennomføres minst 100 tilsyn som systemrevisjon med sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utrykningsenheten ved alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet ut fra påregnelig risiko, skal i en prøveperiode på to år håndtere varsler og gjennomføre utrykninger innenfor rammer fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Kap. 3721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
16	Refusjon av foreldrepenger	310		
18	Refusjon av sykepenger	589		
	Sum kap. 3721	899		

Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	Saldert budsjett 2010	
01	Driftsutgifter	105 501	107 256	114 823
70	Advokatutgifter	29 452	29 966	30 895
71	Særskilte tilskudd		2 064	2 128
	Sum kap. 722	134 953	139 286	147 846

Post 01 Driftsutgifter

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

Med virkning fra 1. januar 2009 overtok NPE ansvaret for forvaltning av pasientskader påført etter behandling i den private helsetjeneste. Det er etablert et styre for NPE. Styret fører bl.a. tilsyn med at erstatningsordningens samlede virksomhet er organisert i tråd med lover, forskrifter og instruksjer.

NPE behandler søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. NPE fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenestene.

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2009 har NPE mottatt rundt 46 000 erstatningskrav. Etter et par år med en liten nedgang, økte saksmengden fra 3312 saker i 2008 til 3875 saker i 2009. 287 av 3875 saker knyttet seg til privat sektor.

1009 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 2192 fikk avslag. I tillegg fikk 86 pasienter medhold etter overprøvinger i Pasientskadenemnda og domstolene. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på 33,5 pst.

I 2009 ble erstatningsutbetalingene i offentlig sektor nærmere 740 mill. kroner. Dette er en økning på 12 pst. fra 2008. Det forventes at erstatningsutbetalingene vil øke både i 2010 og 2011. Det er ikke gjort utbetalinger i 2009 i saker knyttet til privat sektor. Erstatningsutbetalingene knyttet til helseforetakene ble høyere enn forutsatt, mens utbetalingene knyttet til kommuner ble lavere enn budsjettert. Det var ingen erstatningsutbetalinger knyttet til fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjeneste. For saker hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2009, ble det i gjennomsnitt utbetalt 820 000 kroner per sak, varierende fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til åtte millioner kroner. Veksten i utbetalingene over tid skyldes først og fremst skadeutviklingen i helsetjenesten. NPE har etablert en egen enhet som kun arbeider med beregning av erstatningsbeløp. Det fører både til økt tempo i utbetalingene sammenliknet med tidligere, og at en del kompliserte saker med høye erstatningsbeløp kommer til utbetaling tidligere. Videre vil lønns- og prisvekst i samfunnet for øvrig bidra til at erstatningsutbetalingene øker fra år til år.

I 2009 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker med hensyn til om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 449 dager, mot 421 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om erstatning, var 511 dager, mot 494 dager året før. For 2010 forventes det en vekst i antall nye saker og antall avviklede saker. Per 31. mai 2010 hadde saksavviklingen knyttet til offentlig helsetjeneste en økning på nesten 17 pst. fra samme tidspunkt i 2009. Saksbehandlingstiden for ansvars-

vedtak var 424 dager mot 440 dager på samme tid i fjor. Saksbehandlingstid for utmåling per 31. mai var 452 dager mot 543 dager på samme tid i fjor. Antall saker som lå i den særskilte køordningen var 187 mot 1137 saker per 31. mai 2009.

Det har vært en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Etter høy turnover i 2007 og 2008 med nedgang i saksavviklingen, økte avviklingen i 2009 til 2006 nivået. 2006 har fram til nå vært året med størst saksavvikling. I første halvår 2010 har saksavviklingen vokst med nærmere 20 pst. Økningen i saksavviklingen medfører at flere eldre saker blir behandlet. Det bidrar til å trekke opp den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden.

Det forventes en moderat nedgang i den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden i 2010, og en ytterligere nedgang i 2011. Det understrekes at den forventede gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for nye saker til NPE i 2010/2011 vil være vesentlig lavere enn den historiske saksbehandlingstiden for de saker som avsluttes i 2010/2011.

Finansieringsordningen

Fra 2006 finansieres erstatningsutbetalingene fra Norsk pasientskadeerstatning ved at de regionale helseforetakene, kommuner og fylkeskommuner årlig betaler inn tilskudd som skal dekke de løpende erstatningsutbetalingene. De regionale helseforetakene fikk ved innføringen av ordningen i 2006 økt sine basisrammer tilsvarende forventede kostnader for erstatninger i 2006. Fra og med 2008 har erstatningsutbetalingene vært på et høyere nivå enn den premien som har blitt fakturert de regionale helseforetakene. Dette har medført at Norsk pasientskadeerstatning har overtrukket sin konto i Norges Bank. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 125 S (2009–2010) ble det forutsatt at Norsk pasientskadeerstatning innretter sin faktureringspraksis i 2010 slik at premieinnbetalingene fra helseforetakene dekker de faktiske utbetalingene til og med 2010. I den forbindelse ble driftskreditrammen til de regionale helseforetakene økt med 182 mill. kroner. Omleggingen i faktureringspraksisen i 2010 vil også bli gjort gjeldende for framtiden, slik at de årlige akonto innbetalingene fra de regionale helseforetakene er på nivå med de løpende erstatningsutbetalingene fra Norsk pasientskadeerstatning.

Erstatningsordningen for privat sektor baserer seg på at private tjenesteytere skal dekke kostnadene til behandling av sakene og eventuell utbetaling av erstatning gjennom årlige tilskudd til NPE. Tilskuddene baserer seg på en vurdering av risiko for de ulike grupper av helsepersonell og virksom-

heter. Det bygges opp en reserve på konti i Norges Bank, som skal dekke utbetalinger til erstatninger fra privat sektor. NPE forventer 450 nye saker i privat sektor i 2011, mot forventning om 400 nye saker i 2010.

Det er utfordringer knyttet til innmeldingen til NPE fra privat sektor. Innmeldingen fra enkelte grupper er vesentlig lavere enn de anslag som ble lagt til grunn i 2009. NPE arbeider målrettet med å nå aktører hvor avvikene er størst.

Merknad til budsjettforslaget

Rask og god saksavvikling har høyeste prioritet i NPEs arbeid. Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. Hensiktsmessige grep i organiseringen av saksbehandlingen i NPE, lavere turnover blant medarbeiderne og økte ressurser tilsier en ytterligere økning i antallet behandlede saker i 2011, og en reduksjon i saksbehandlingstiden. Det forventes at køen av ubehandlede saker blir helt avviklet i løpet av 2011.

NPE skal fortsette arbeidet med utnyttelse av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Det foreslås en styrking av bevilgningen med 2 mill. kroner knyttet til arbeidet med saker fra den offentlige helsetjenesten. Til arbeidet med saker fra privat sektor, herunder videreutvikling av forsikringssystemer og webportalen for innmelding, foreslås det en styrking på 1,9 mill. kroner.

Post 70 Advokatutgifter

Etter pasientskadeloven § 11 dekkes pasientens utgifter til advokathjelp dersom den som utreder saken har truffet vedtak om det, eller utgiftene regnes som tap som følge av skaden. Bestemmelsen gir pasienten rett til å få dekket nødvendige og rimelige utgifter til advokatbistand både i forbindelse med behandlingen i NPE og i forbindelse med en eventuell klage over NPEs vedtak til Pasientskadenemnda.

Statens utgifter til advokatsalærer i forbindelse med pasientskadeordningen har økt i de senere år. Med utgangspunkt i Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 81 (2007–2008), har Helse- og omsorgsdepartementet i 2009 fastsatt forskrifter om dekning av advokatutgifter med bl.a. en bestemmelse om at offentlige salærsetser skal benyttes. Tiltaket endrer ikke pasientenes rett til å få dekket saksomkostninger. Effekten av benefiserte satser vil i større grad begynne å gjøre seg gjeldende i

2011, men en antatt økning i antall løpende utmålingssaker vil isolert sett øke utgiftene.

Post 71 Særskilte tilskudd

Pasienter som blir påført skade under fødsel har i dag samme rett til erstatning enten fødselen finner sted på fødestue eller sykehus. Dette følger av pasientskadeloven som trådte i kraft 1. januar 2003. For

skader konstatert etter 1. januar 1988, men voldt før pasientskadelovens ikrafttredelse, har pasientskadeordningen imidlertid ikke omfattet alle landets fødestuer. For å sikre disse pasientene det samme erstatningsrettslige vern som sykehuspasienter ble det ved behandling av statsbudsjettet for 2009 bevilget midler til dette formål. Kravene skal avgjøres etter tilsvarende kriterier som etter de midlertidige pasientskaderegler av 1988.

Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
02	Diverse inntekter	1 948	1 167	1 203
16	Refusjon av foreldrepenger	1 195		
18	Refusjon av sykepenges	831		
50	Premie fra private	7 000	9 500	11 400
	Sum kap. 3722	10 974	10 667	12 603

Kap. 723 Pasientskadenemnda

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter	34 407	34 688	37 805
	Sum kap. 723	34 407	34 688	37 805

Pasientskadenemnda (PSN) ble opprettet 1. januar 2003 og er et frittstående og uavhengig forvaltningsorgan som behandler klager på vedtak fattet av Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Både selve ansvarsvedtaket og erstatningsutmålingen kan påklages. I tillegg behandler nemnda begjæringer om gjenopptak av tidligere nemndsbehandlede saker. Fra 1. januar 2009 ble privat helsesektor innlemmet i ordningen med pasientskadeerstatning.

Pasientskadenemnda består i dag av fem medlemmer med tre sett av varamedlemmer. Nemnda har et eget sekretariat som utreder klagesakene og legger fram disse overfor nemnda. Rundt 25 pst. av sakene behandles av sekretariatet etter delegasjon fra nemnda. Det er fortrinnsvis enklere saker som behandles etter delegasjonsfullmakten. Nemnda er i prinsippet avskåret fra å endre NPEs vedtak til ugunst for pasientene.

Den 1. januar 2009 hadde PSN 979 løpende saker under behandling, mot 991 året før. Totalt har PSN mottatt 1062 nye saker per 31. desember 2009, mot 1001 saker i 2008. I løpet av 2009 avsluttet etaten 1187 saker. Det tilsvarer en vekst på 15 pst. fra 2008. Gjennomsnittlig omgjøringsprosent i årene 2003–2009 ligger på 13,1 pst.

Som en følge av økende avvikling, har restansene gått ned. Ved begynnelsen av 2009 hadde Pasientskadenemnda 979 ubehandlede saker, mens antall ubehandlede saker i januar 2010 utgjorde 880. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid nærmet seg 14 måneder ved årsskiftet 2007/2008. I dag utgjør denne om lag 9 måneder. Bakgrunnen for nedgangen er at nemnda har delegert mer av sin vedtaksmyndighet til sekretariatet. I tillegg har PSN blitt tildelt økte ressurser som gjør det mulig å øke avviklingen fra rundt 800 saker til rundt 1200–1300 saker per år.

I perioden 2004–2009 har PSN mottatt 537 stevninger, herunder 102 stevninger i 2009. Antall stevninger i 2009 er ny rekord. Utviklingen må sees i sammenheng med at flere klagesaker er behandlet. 11 pst. av alle ferdigbehandlede saker i Pasientskadenemnda ender i rettsapparatet.

Totalt er 446 rettssaker avsluttet, herunder 97 saker i 2009. Rundt 35 pst. av sakene trekkes av pasientene før hovedforhandling, mens 22 pst. av sakene forlikes. Det foreligger rettskraftig dom i 191 saker. Staten ved Pasientskadenemnda frifinnes i om lag 72 pst. av sakene. Dette er noe lavere enn tidligere (75 pst. på samme tid i 2008). Så langt har

tre rettssaker endt i Høyesterett, og Staten ved Pasientskadenemnda er frifunnet i samtlige saker.

Samlet sett har PSN mottatt 618 nye saker per 31. mai 2010, mot 437 i samme periode i 2009. Dette representerer en økning på 42 pst. Økningen i saksmengden skyldes primært at NPE har avvirket flere saker. Restansene har derfor gått noe opp i inneværende år. Etaten forventer å få opp avviklingshastigheten i løpet av 2010.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås en styrking av budsjettrammen med 2 mill. kroner til utvikling av bedre IT-systemer.

Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2009	budsjett 2010	2011
01	Driftsutgifter	32 791	24 513	28 965
21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	15 093		
61	Tilskudd til turnustjenesten	131 957		
70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	50 867		
71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	14 848		
	Sum kap. 724	245 556	24 513	28 965

Post 01 Driftsutgifter

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har ansvar for å behandle og avgjøre søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet. Etaten har administrative oppgaver i forbindelse med turnustjeneste for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer og forvalter tilskudd til turnustjeneste og enkelte andre tiltak.

Saksbehandlingen skal sikre at søkere som får autorisasjon og lisens har de kvalifikasjoner som kreves, slik at man bidrar til å ivareta pasientenes sikkerhet og til god kvalitet på helsetjenestene. Helsedirektoratet har etatsstyringsansvaret for Statens autorisasjonskontor.

Det er 29 helsepersonellgrupper som omfattes av autorisasjonsordningen. Statens autorisasjonskontor fattet over 20 000 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens i 2009. Nær halvparten av sykepleierne og 2/3 av legene som fikk autorisasjon hadde sin utdanning utenfor Norge.

I 2009 var om lag 1300 leger under turnustjeneste. Årlig søker om lag 400 kandidater om særplass eller andre særordninger. Autorisasjonskontoret forvaltet i 2009 om lag 120 mill. kroner i tilskuddsmidler.

Helsefagarbeiderne er en ny gruppe helsepersonell med to år på videregående skole og to år i lønnet praksis. Gruppen omfattes av autorisasjonsordningen fra 2008. Det første kullet fullfører skolegang og praksis sommeren 2010. På sikt vil helsefagarbeidere erstatte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som ikke lenger er et utdanningstilbud.

Det synes å være en økt risiko for bruk av falske dokumenter generelt, også i forbindelse med søknad om autorisasjon og lisens. Autorisasjonskontoret søker å redusere risikoen for at helsepersonell godkjennes på feil grunnlag. Dette gjøres blant annet gjennom kontakt med politi, godkjennings- og andre offentlige myndigheter i Norge og andre land, og ved utvikling av gode verifikasjons- og saksbehandlingssystemer. God kunnskap om

andre lands utdannings- og godkjenningssystemer, og krav til yrkesutøvelse i de ulike utdanningslandene, vil også bidra til å redusere denne risikoen.

Som ledd i dette arbeidet fikk autorisasjonskontoret utarbeidet en rapport på området våren 2010. Rapporten avdekker forhold som førte til at Helsedirektoratet startet en gjennomgang av autorisasjonskontorets virksomhet for å sikre at arbeidet med å autorisere helsepersonell foregår på en betryggende måte.

På bakgrunn av en rekke uheldige forhold som senere er avdekket, besluttet Helsedirektoratet i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet å sette i gang en bred ekstern gjennomgang av autorisasjonskontoret. Gjennomgangen omfatter

blant annet autorisasjonssystemet, administrative rutiner og etatsstyringen. Rapport fra gjennomgangen skal leveres høsten 2010. Samtidig foregår arbeidet med å gjennomgå og forbedre oppgaveløsningen i autorisasjonssystemet.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å øke bevilgningen med 1,0 mill. kroner til arbeidet med ekthetskontroll av dokumenter. Styrkingen foreslås finansiert gjennom tilsvarende økte gebyrinntekter.

Videre foreslås det å styrke bevilgningen med 2,5 mill. kroner til nytt søknads- og saksbehandlingsverktøy.

Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
02	Gebyrinntekter	18 806		
04	Gebyrinntekter		18 497	20 070
16	Refusjon av foreldrepenger	555		
18	Refusjon av sykepenger	628		
	Sum kap. 3724	19 989	18 497	20 070

Post 04 Gebyrinntekter

Gebyrinntektene foreslås økt med 1 mill. kroner til styrking av arbeidet med ekthetskontroll av søknadsdokumenter.

Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter	169 018	112 932	124 199
	Sum kap. 725	169 018	112 932	124 199

Post 01 Driftsutgifter

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) er et selvstendig forvaltningsorgan under Helsedirektoratet. Kunnskapssenterets mål er å bidra til gode beslutninger på

overordnet nivå og i praksis i helsetjenesten, slik at brukerne får effektive, tilgjengelige, trygge og likeverdige helsetjenester. Kunnskapssenteret skaffer og formidler forskningsbasert kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten.

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

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er Kunnskapssenterets viktigste oppdragsgivere. Statens legemiddelverk (SLV), helsepersonell i helsetjenesten, profesjonsforeninger og brukerorganisasjoner er andre viktige bestillere.

Kunnskapshåndtering

Kunnskapssenteret arbeider innenfor området kunnskapshåndtering med å oppsummere forskningsbasert kunnskap, med undervisning og støtte til kunnskapsbasert praksis og til utvikling av gode faglige retningslinjer og prosedyrer. Kunnskapsoppsummeringene fokuserer på effekt av tiltak i helsetjenesten. I tillegg utarbeider Kunnskapssenteret helseøkonomiske evalueringer. Kunnskapssenteret bidrar med oppdatert kunnskap i arbeidet med de nasjonale krefthandlingsplanene. Kunnskapssenterets tjenester er mye etterspurt.

Kunnskapssenteret arbeider med vurderinger av ny teknologi; prosedyrer og utstyr. Senteret har en satsning på en nettside med vurdering av ny teknologi (Mednytt.no), og har introdusert bruk av mini-HTA (Health Technology Assessment) som et nyttig virkemiddel lokalt i spesialisthelsetjenesten.

Kunnskapssenteret bidrar med kunnskapsoppsummeringer innen forebyggende helsearbeid. I 2009 leverte Kunnskapssenteret rapporter om spesifikke tema innen forebyggende helse (vaksinasjon mot influensa og tiltak mot kjønnslemlestelse).

Kvalitetsmåling

Kunnskapssenteret utviklet i 2010 et forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Måling av brukererfart kvalitet vil stå sentralt i arbeidet sammen med bruk av data fra registre og sykehusenes datasystemer. Prioriteringene og målsettingene i rammeverket vil danne grunnlaget for utviklingen på feltet. Det vil sikre dataenes relevans for utøvere, pasienter og brukere i helsetjenesten. Fagfeltet vil bli utviklet i relasjon til en rekke internasjonale samarbeidsprosjekter innen Nordisk Ministerråd, OECD, Commonwealth Fund, EU og andre.

Kunnskapssenteret skal utvikle sin rolle som et nasjonalt miljø for kvalitetsmåling, både for å gi

relevante data til aktørene i norsk helsetjeneste, men også for å sette norsk helsetjeneste i et internasjonalt perspektiv.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet. Enheten fikk i 2010 i oppdrag å forberede en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Kampanjen får oppstart i 2011. Kampanjen skal legge grunnlaget for varige resultater. Målet med kampanjen er å forebygge og redusere pasientskade. Kampanjen vil rette seg mot utvalgte innsatsområder. Resultatet av kampanjeinnsatsen skal være målbart. Kampanjen vil omfatte både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Helsebiblioteket

Helsebibliotekets formål er å være en formidlingskanal for oppdatert faglig kunnskap fra norske og internasjonale fagmiljøer for å bedre kvaliteten på helsetjenester. Kunnskapen skal gjøres lett tilgjengelig i den kliniske hverdagen og tilpasses helsepersonellens behov.

Helsebiblioteket abonnerer på fri tilgang for helsepersonell til 2700 tidsskrifter, alle de viktigste referansedatabasene i medisin og helsefag, og oppslagsverk som BMJ Best Practice og UpToDate. Prosedyrer og retningslinjer er et prioritert område, og i 2010 vil et eget emnebibliotek for primærhelsetjenesten lanseres. Helsebiblioteket er etablert som en tjeneste for å utjevne forskjellene i Norge mellom de som har god tilgang til faglitteratur, og de som ikke har hatt slik tilgang. Tilgangen til faglitteratur kan være med på å heve kvaliteten på helsetjenestene. Det gir økonomiske besparelser å gjøre abonnementsavtalene nasjonale i stedet for lokale.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble etablert gjennom Nasjonal helseplan i 2007. Rådet er oppnevnt av departementet for perioden 2007–2010 og er et rådgivende organ.

Rådet har 25 medlemmer som representerer ledere av den sentrale helseforvaltningen: lederne av de regionale helseforetakene/ledere av kliniske avdelinger, ledere innen kommunehelsetjenesten og KS, ledere innen universitets- og høyskolesektoren, ledere av brukerorganisasjoner og fastlege-tjenesten. Rådet skal bl.a. identifisere områder hvor det er, eller utvikler seg, uakseptable forskjeller

ler i tjenestetilbudet på tvers av fagområder eller geografi, vurdere spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi/medikamenter, vurdere fordeling og bruk av nasjonale kompetansesentre og landsfunksjoner, vurdere behovet for utvikling av nasjonale retningslinjer og vurdere arbeidsdeling mellom de ulike nivåer i helsetjenesten.

Rådet arrangerte nasjonale konferanser om helse i utvikling i 2008 og 2010. Sekretariatet er lagt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det er utviklet et eget nettsted for rådet, med status for alle saker www.kvalitetogprioritering.no

Rådet har vært evaluert i 2010. Det videreføres i 2011.

Internasjonal aktivitet

Internasjonalt samarbeid er en del av aktiviteten til Kunnskapssenteret. Det bidrar blant annet til at det kan formidles relevant kunnskap fra internasjonale søsterorganisasjoner til norsk helseforvaltning og helsetjeneste. Kunnskapssenteret har styrket sin internasjonale rolle innen arbeidet med kvalitetsindikatorer og pasientsikkerhet. Kunnskapssenterets arbeid innen global helse dreier seg mest om kunnskapshåndtering, med særlig vekt på bruk av forskning ved utarbeiding av anbefalinger (WHO-guidelines) og som grunnlag i politikkkutforming. Kunnskapssenterets kom-

petanse på disse områdene er etterspurt, blant annet i WHO.

Kunnskapssenteret har ivarettatt ansvaret for sekretariatsfunksjonen for Campbell Collaboration. Campbell Collaboration er et verdensomspennende samarbeid for å holde oppdatert oversikt over studier om effekten av alle typer virkemidler innenfor feltene sosial velferd, utdanning og kriminalitetsforebyggende arbeid. Sekretariatsfunksjonen vil bli videreført for en ny 3-års periode. Det legges opp til at andre sektorer enn helsesektoren skal bidra til finansieringen.

Merknad til budsjettforslaget

Som ledd i oppfølging av Riksrevisjonens merknader til budsjettering og regnskapsføring for budsjettåret 2008, se også omtale under kap. 720, post 01, foreslås det overført 0,5 mill. kroner fra kap. 762, post 61, og 5,0 mill. kroner fra kap. 763, post 72, til kap. 725, post 01.

Bevilgningen foreslås styrket med 0,5 mill. kroner til arbeidet med bloddirektivet. I tillegg foreslås det flyttet 1,0 mill. kroner fra kap. 720, post 01, til samme formål.

Bevilgningen foreslås styrket med 2,5 mill. kroner til arbeidet med pasientsikkerhet.

Videre foreslås det at bevilgningen settes ned med 1,5 mill. kroner gjennom økt effektivisering.

Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	Saldert budsjett 2010	
02	Diverse inntekter		124	128
03	Oppdragsinntekter	59 839		
16	Refusjon av foreldrepenger	838		
18	Refusjon av sykepenger	755		
	Sum kap. 3725	61 432	124	128

Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter		6 060	6 543
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	15 777		
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	76 624		
71	Kjøp av opptrening og helsetjenester, <i>kan overføres</i>	39 688		
	Sum kap. 726	132 089	6 060	6 543

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

Målet med avgjørelsene i nemnda er en mest mulig riktig avgjørelse i den enkelte sak. Hensynet til helsepersonellens rettssikkerhet gjør at kontradiksjon og grundighet er viktig under saksforberedelsen. Klagerne skal til enhver tid være godt informert om rutiner og forventet framdrift ved nemndas behandling av klagesakene. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal ikke overstige 4 måneder.

Nemnda har i 2009 behandlet 106 saker (83 saker i 2008). Saken fordeler seg med 49 saker fra Statens helsetilsyn, 54 fra Statens autorisasjons-

kontor for helsepersonell, en fra Den norske legeforening og to fra Statens legemiddelverk. Klager fikk helt eller delvis medhold i 12 pst. av sakene. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 3,4 md. (2,7 måneder i 2008).

Ved utgangen av august 2010 hadde nemnda mottatt 108 saker. De hadde i samme periode behandlet 69 saker med gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 4,2 måneder. 72 saker lå til behandling.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å øke bevilgningen med 0,5 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet som følge av flere saker. Videre foreslås bevilgningen satt ned med 0,2 mill. kroner som følge av at Senter for statlig økonomistyring (SSØ) skal overta regnskapsfunksjoner for etaten.

Kap. 728 Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter		3 624	3 551
21	Spesielle driftsutgifter	60 866		
70	Tilskudd	24 775		
	Sum kap. 728	85 641	3 624	3 551

Klagenemnda for behandling i utlandet er en uavhengig nemnd som behandler klager på vedtak om avslag vedrørende dekning av utgifter til behandling i utlandet etter pasientrettighetsloven.

Nemnda har fem medlemmer med personlige varamedlemmer.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda er en uavhengig nemnd som behandler søknader om til-

latelse til preimplantasjonsdiagnostikk etter bioteknologiloven. Nemnda har åtte medlemmer med personlige varamedlemmer.

Begge nemndene skal ha god saksbehandling med begrunnede og forståelige vedtak. Nemndene skal ha raskest mulig saksbehandlingstid, med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under 3 md. Like saker skal behandles likt. Virksomheten skal gi god og lett tilgjengelig informasjon til pasienter, helsetjenesten og myndighetene.

Klagenemnda for behandling i utlandet har i 2009 fattet 34 vedtak (32 vedtak i 2008). Nemnda hadde ved utgangen av året 5 saker som ikke var avgjort. 2 saker var utsatt for innhenting av sakkyndige vurderinger. De resterende 3 sakene hadde kommet inn i løpet av de siste to månedene. Klagerne har ikke fått medhold i noen saker i 2009. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært i underkant av tre måneder i 2009.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda har fattet 21 vedtak i 2009 (25 vedtak i 2008). Nemnda hadde ved utgangen av året 7 saker som ikke var avgjort. Alle hadde kommet inn i løpet av de siste to månedene. Nemnda har innvilget om lag 80 pst. av søknadene i 2009. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært i underkant av tre måneder i 2009.

Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda er organi-

sert som en administrativ virksomhet. Nemndene hadde et driftsbudsjett på 3,6 millioner kroner i 2009. Totalt forbruk i 2009 for begge nemndene var 2,35 millioner kroner. Dette innebærer et mindreforbruk i 2009 på 1,25 millioner kroner. En årsak til mindreforbruket i 2009 er at det har medgått mindre til nemndsgodtgjørelse enn budsjettert. Lønnsutgiftene har også vært lavere enn budsjettert, blant annet fordi en stilling i sekretariatet ikke har vært besatt hele året. Nemndene har heller ikke kunnet benytte konsulentbistand som ønsket. Utgifter til sakkyndige har også vært lavere enn forventet.

Klagenemnda for behandling i utlandet har i løpet av de første fire månedene i 2010 fattet 13 vedtak. To klager har fått helt eller delvis medhold. Dette gir en omgjøringsprosent hittil i 2010 på 15 pst. Det er 3 restanser. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært i overkant av to måneder.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda har i løpet av de første fire månedene i 2010 fattet 8 vedtak. Alle søknadene nemnda har hatt til behandling har blitt innvilget. Det er 6 restanser. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært to måneder.

Nemndene har for 2010 fått tildelt 3,6 millioner kroner.

Kap. 729 Pasient- og brukerombud

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter	42 448	54 062	55 794
60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	113 965		
70	Behandlingsreiser til utlandet	100 236		
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening mv.	5 837		
	Sum kap. 729	262 486	54 062	55 794

Formålet med Pasient- og brukerombudsordningen er å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Arbeidet bidrar samtidig til å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Pasient- og brukerombudet er administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, men skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

Pasientombudsordningen ble forankret i lov ved vedtakelsen av pasientrettighetsloven i 1999. Fra 1. januar 2003 ble ansvaret for ordningen overført fra fylkeskommunene til staten. Fra 1. september 2009 ble ordningen utvidet til også å omfatte kommunale helse- og sosialtjenester med unntak av miljørettet helsevern og økonomisk sosialhjelp. Ordningens navn ble samtidig endret til Pasient- og brukerombud.

Pasient- og brukerombudene utgir årlige meldinger og årsrapporter. Rapportene gir informasjon om ombudenes virksomhet og kontakt med pasienter og tjenesteapparatet. Det vises for øvrig til sammendrag av pasientombudenes årsmeldinger for 2009, jf. www.pasientogbrukerombudet.no.

Før utvidelsen av ordningen i 2009 var antall årsverk 41,6. I tillegg kommer 3 stillinger i Oslo kommune. Fra 1. september er ordningen styrket med 27,9 årsverk, slik at samlet antall årsverk blir 72,5, inkl. utvidelsen i Oslo kommune. I 2009 mottok ombudene 12 063 nye henvendelser. Statistikk for 1. kvartal 2010 antyder en kraftig økning av nye saker som følge av utvidelsen, med nærmere

en dobling av henvendelser fra brukere av kommunens helse- og sosialtjenester.

Henvendelser til pasient- og brukerombudene handler om brudd på lovfestede rettigheter, mangel på omsorgsfull hjelp, mangelfull informasjon og kommunikasjonsproblemer. Erfaringene etter utvidelsen tilsier en dreining i arbeidsoppgaver. I saker fra spesialisthelsetjenesten gis det oftest bistand i etterkant av helsehjelpen. I sakene fra kommunene er behovet for bistand tydeligere på et tidligere tidspunkt i forløpet, for eksempel i forbindelse med søkeprosessen og i tildelingen og utformingen av tilbudet.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
732	Regionale helseforetak	103 604 489	98 843 931	102 527 017	3,7
733	Habilitering og rehabilitering		178 723	172 522	-3,5
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse- og rustiltak		155 949	163 634	4,9
737	Kreftregisteret	87 496			
	Sum kategori 10.30	103 691 985	99 178 603	102 863 173	3,7

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
01-23	Statens egne driftsutgifter	4 315	61 992	73 349	18,3
70-89	Andre overføringer	103 640 104	99 106 611	102 780 324	3,7
90-99	Utlån, statsgjeld m.v.	47 566	10 000	9 500	-5,0
	Sum kategori 10.30	103 691 985	99 178 603	102 863 173	3,7

Spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som dekkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager, og fyller dermed en viktig funksjon i en helhetlig behandlingsskjede. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester.

En robust primærhelsetjeneste er fundamentet i den helhetlige helsetjenesten. Regjeringens samhandlingsreform, jf. St.meld. nr. 47 (2008–

2009) og Innst. 212 S (2009–2010), legger til rette for en ny framtidig kommunerolle slik at kommunene i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte behandlingsforløp og pasientenes behov for koordinerte tjenester.

Programkategorien omfatter bevilgninger til drift og lån til regionale helseforetak (kap. 732), bevilgninger til tiltak innenfor habilitering/rehabilitering (kap. 733) og bevilgninger til tiltak innenfor psykisk helse- og rustiltak (kap. 734).

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	4 315	8 354	8 433
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres,</i> <i>kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	853 418	341 691	370 783
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	39 112 080	40 409 437	42 044 403
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	13 353 091	14 057 339	14 669 420
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	10 186 440	10 718 406	11 164 389
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	9 138 408	9 511 682	9 920 256
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	18 356 582	19 148 942	19 907 259
77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2 160 062	2 313 459	2 382 276
78	Forskning og nasjonale kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	832 312	858 114	884 716
79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	469 048	483 567	498 558
81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	652 543	287 312	
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	1 075 812	689 628	647 024
83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	62 812	6 000	20 000
86	Driftskreditter	7 300 000		
91	Opptreksrenter for lån tom. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	47 566	10 000	9 500
Sum kap. 732		103 604 489	98 843 931	102 527 017

Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2003–2004) ble det vedtatt et særskilt investeringstilskudd til gjennomføringen av nye Ahus og St. Olavs Hospital og forskningsbygg ved Radiumhospitalet på til sammen 4,5 mrd. kroner over kap. 732, post 81, Tilskudd til store byggeprosjekter. Alle byggeprosjektene er i hovedsak ferdigstilte og i 2010 blir den siste delen av det samlede investeringstilskuddet utbetalt. Det er derfor ingen bevilgningsforslag på denne posten i 2011.

Regionale helseforetak har eieransvar for underliggende helseforetak som organiserer sykehusene og annen spesialisthelsetjeneste. Sørgeforansvaret ivaretas primært gjennom den offentlige helsetjenesten supplert med kjøp av tjenester fra private aktører.

En sentral målsetning med statens eierskap i regionale helseforetak er å sikre helhetlig styring

av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammer som er fastlagt, både økonomisk og juridisk. Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumenter til regionale helseforetak. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Finansiering av regionale helseforetak er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning (kap. 732, postene 72–75) og aktivitetsbasert finansiering (kap. 732, post 76, Innsatsstyrt finansiering og kap. 732, post 77, Poliklinisk virksomhet mv.). I tillegg kommer bevilgninger til to grupper av private aktører: avtalespesialister (kap. 2711, post 70 og post 71) og laboratorier og røntgeninstitutt (kap.

2711, post 76). Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bestemmes bl.a. av antall innbyggere i regionen, alderssammensetning og ulike sosioøkonomiske kriterier.

Plan og melding fra de regionale helseforetakene er en del av grunnlaget for Helse- og omsorgsdepartementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2011.

Hovedtrekk i budsjettforslaget

I tråd med regjeringsplattformen foreslås sykehusesenes økonomi styrket slik at flere pasienter kan få behandling. Det vil bli stilt krav om at ventetidene skal reduseres. Dette vil bli fulgt gjennom månedlig rapportering. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal styrkes. Samlet foreslås det 970 mill. kroner mer til drift sammenliknet med saldert budsjett 2010. Denne veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering.

Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,4 pst. på nasjonalt nivå fra anslag for 2010, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2010. Sammenliknet med saldert budsjett 2010 tilsvarer dette en økning på 930 mill. kroner. Ved budsjettering av poliklinisk aktivitet er det lagt vekt på å understøtte målet om høyere prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilsvarende 5 pst. vekst fra anslag for 2010 til 2011. Videre er det prioritert å øke tilgjengeligheten til radiologiske undersøkelser i offentlige helseforetak og private institutt. Samlet legges det opp til en vekst i poliklinisk aktivitet ved offentlige helseforetak (kap. 732, post 77) på om lag 4,5 pst. fra anslag for 2010 til 2011. For pasientbehandling som omfattes av ISF-ordningen (kap. 732, post 76) legges det til rette for en vekst på 1,1 pst. fra anslag for 2010 til 2011. Den generelle veksten i pasientbehandlingen er beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helseforetakene, og gjelder derfor all pasientbehandling. Det er lagt til grunn en gjennomsnittlig marginalkostnad på 80 pst. for den økte aktiviteten.

Det har skjedd en betydelig teknologisk utvikling i muligheten for å screene nyfødte for medfødte arvelige stoffskiftesykdommer basert på samme blodprøve. Regjeringen vil utvide tilbudet om nyfødtscreening fra 2 til 23 tilstander i løpet av 2011. Det foreslås å bevilge 15 mill. kroner til formålet.

Kreft i tykktarm og endetarm er den hyppigst forekommende krefttypen samlet for begge kjønn i Norge, og forekomsten er økende. Helsedirektoratet har til vurdering spørsmålet om å sette i gang et pilotprosjekt for screening av tykk- og endetarmskreft. Departementet vil avvente Helsedirektoratets samlede vurdering før det tas endelig stilling i saken. Det foreslås avsatt 25 mill. kroner til et mulig pilotprosjekt for screening av tykk- og endetarmskreft i to helseforetak.

Som en del av opptrappingsplan rus foreslås også en styrking på 20 mill. kroner til tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg foreslås det at tre nye investeringsprosjekter kommer inn under ordningen med investeringslån. Dette gjelder nytt sykehus i Østfold, nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin i Helse Bergen HF, Haukeland universitetssykehus, og ny barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Helse Stavanger HF som til sammen får 446 mill. kroner i investeringslån i 2011.

Økonomisk kontroll vil fortsatt være prioritert i 2011. Dette legger til rette for effektiv ressursbruk og videreutvikling av gode tjenestetilbud til pasientene.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i sterkere grad stille krav til og følge opp ledelsens og styrets ansvar for å ha oversikt over status på kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen. God internkontroll og systemer for risikostyring er viktig for å forebygge, forhindre og avdekke uønskede hendelser. Det er behov for større systematikk i helseforetakenes oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak settes i verk og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

Resultat 2009 og status 2010

Pasientbehandling og ventetider

Helse- og omsorgsdepartementet stilte i oppdragsdokumentene krav om at den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling i 2009 skulle være sterkere enn for somatisk virksomhet. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) har i sin rapport for 2009 evaluert departementets styringskrav. BUS konkluderer med at kravet er oppfylt for landet som helhet når de vurderer aktivitets-, årsverks- og kostnadstall. BUS konkluderer med at Helse Sør-Øst RHF har oppfylt kravet basert på aktivitets- og kostnadsdata. Når det gjelder Helse Vest RHF mener utvalget at kostnadsdataene, men ikke aktivitetsdataene, gir grunnlag for å konkludere at kravet er oppfylt. BUS slutter samlet sett at

Helse Vest RHF har oppfylt kravet. Aktivitetsdataene for Helse Midt-Norge RHF viser at kravet er oppfylt for psykisk helsevern, men det er mer åpent når det gjelder rusbehandling. Samtidig viser kostnadsdataene at kravet er oppfylt for psykisk helsevern og rusbehandling. BUS slutter samlet sett at Helse Midt-Norge RHF har oppfylt kravet. Aktivitetsdataene for Helse Nord RHF viser at kravet er oppfylt for psykisk helsevern for voksne og rusbehandling, men ikke for psykisk helsevern for barn og unge. Samtidig viser kostnadsdataene at kravet er oppfylt for rusbehandling, men ikke psykisk helsevern. BUS mener dermed at det er uklart om Helse Nord RHF har oppfylt kravet.

Det samlede antall sykehusopphold for somatisk spesialisthelsetjeneste økte med 1,0 pst. fra 2008 til 2009. Antall dagbehandlinger økte med 4,6 pst. fra 2008 til 2009, mens det var en nedgang i døgnopphold på 1,2 pst. Antall polikliniske konsultasjoner økte også fra 2008 til 2009. Noe av veksten i de polikliniske konsultasjonene skyldes tekniske endringer. Veksten under ISF-ordningen var om lag 1,5 pst. som forutsatt i St.prp. nr. 1 (2008–2009).

Ventetidene for rettighetspasienter innen somatikk økte noe fra 2008 til 2009. Den gjennomsnittlige ventetiden for rettighetspasienter var 70 dager.

Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal få fastsatt en individuell frist for behandling eller utredning. Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at 18 pst. av pasientene innen somatikk i andre tertial 2009 ikke fikk behandling innen den medisinsk satte fristen. Andelen fristbrudd er høyest innen psykisk helsevern for barn og unge.

Tall fra NPR viser at om lag 51 000 barn og unge mottok behandling innen det psykiske helsevernet i 2009. Dette tilsvarer en økning på 4,2 pst. fra 2008. I opptrappingsplanen for psykisk helse var det et mål om at 5 pst. av befolkningen under 18 år skulle tilbys behandling i psykisk helsevern. Tallene viser at 4,6 pst. av befolkningen under 18 år mottok behandling i 2009. Det er regionale forskjeller i dekningsgrad. Totalt fikk 88 pst. av pasientene under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser vurdert henvisningen innen 10 virkedager i andre tertial 2009 og 81 pst. hadde en faktisk ventetid under 65 virkedager. I tråd med oppdragsdokumentet er den gjennomsnittlige ventetiden for rettighetspasienter innen psykisk helsevern for barn og unge redusert fra 2008 til 2009. Den gjennomsnittlige ventetiden for rettighetspasienter var 70 dager i 2009.

Tall fra Samdata viser at det innen psykisk helsevern for voksne i 2009 var nærmere 54 000 oppholdsøgn. Det tilsvarer en økning på om lag 2,1 pst. fra 2008. Det ble utført om lag 1,1 mill. polikliniske konsultasjoner, som er en økning på 3,7 pst. fra 2008 til 2009. Tall fra NPR viser at den gjennomsnittlige ventetiden til behandling for rettighetspasienter innen psykisk helsevern var uendret fra 2008 til 2009. Ventetidene til behandling ble redusert i Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF for året som helhet.

Aldri har så mange rusmiddelavhengige pasienter fått behandling som i 2009. Innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) har imidlertid ventetiden for rettighetspasienter økt med 7 dager fra 2008 til 2009. Ventetiden for rettighetspasienter var 78 dager. I Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF økte ventetidene, mens ventetidene var uendret i Helse Vest RHF. Det samlede behandlingstilbudet for rusmiddelavhengige har økt i 2009.

Fra 2010 ble ny forskrift for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) gjort gjeldende. Samtidig med denne ble de nye nasjonale retningslinjene for LAR innført. Det nye regelverket fastsetter at LAR fortsatt skal startes opp i spesialisthelsetjenesten, i tett samarbeid med fastlege/sosialtjeneste/Nav. Ved utgangen av første tertial 2010 var totalt om lag 5600 pasienter inkludert i LAR. Dette var om lag 400 flere enn på samme tidspunkt i 2009. Samtidig var det om lag 300 som ventet på oppstart av behandling i LAR.

Etter planen skal Helsedirektoratet innen 2011 ferdigstille nasjonale retningslinjer for gravide i LAR og for personer med samtidig rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Innen 2015 vil Helsedirektoratet utarbeide nasjonale retningslinjer for alle deler av TSB, inkludert akutt og avgiftningstjenestene.

Samhandling

I oppdragsdokumentet for 2009 ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle vurdere etablering av ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste, i samarbeid med aktuelle kommuner. Videre ble det stilt krav om at helseforetakene skulle gi faglig oppfølging, støtte og veiledning til den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at denne kan ivareta sine nye og krevende oppgaver innenfor utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, samt løpende oppfølging av medisinsk behandlingssopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat. Regionale helseforetak skulle

også rapportere hvilke tiltak som er gjennomført for å sikre helhetlige pasientforløp for å ivareta pasienter med stort samhandlingsbehov.

Desentraliserte spesialisthelsetjenester er etablert i alle helseregioner og flere er under etablering. Ulike prosjekter prøves ut og evalueres med tanke på utbredelse til andre helseforetak og kommuner. Det er satt i gang en rekke samhandlings tiltak med kommuner, herunder intermediearenheter, observasjonsplasser, distriktsmedisinske sentre/lokalmedisinske sentre, ambulante team innenfor rus, psykisk helse, rehabilitering og somatiske sykdommer. Det er etablert tilbud innen palliasjon, jordmortjeneste, desentralisert dialyse mv. De regionale helseforetakene rapporterer at tiltakene sikrer samarbeid om kompetanse og effektiv bruk av personell samtidig som pasientene får et kvalitativt godt tilbud nærmere hjemmet. Ulike tiltak for veiledning og rådgivning mellom helseforetak og kommuner er etablert. Arbeidet med helhetlige pasientforløp og behandlingslinjer er startet i alle helseregioner.

Faglighet, kvalitet og prioritering

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres hos ledelsen på alle nivå i tjenesten, og prege kulturen i hele organisasjonen. De regionale helseforetakene har i 2009 arbeidet med kvalitetsforbedring gjennom oppfølging av lovpålegg, egne strategier og oppfølging av oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Uønskede hendelser skal rapporteres, årsaksanalyseres, og brukes som grunnlag for kollektiv læring for å forebygge at liknende hendelser skjer igjen. Alle de regionale helseforetakene melder om tiltak knyttet til håndtering og læring av uønskede hendelser. I alle helseregioner er det etablert elektroniske system for avviksregistrering, og det er etablert arenaer for evaluering og oppfølging av uønskede hendelser (nettverk, erfaringskonferanser, faste møter). De regionale helseforetakene melder at det er satt fokus på bruk av uøn-

skede hendelser til læring og forbedring, men påpeker samtidig at området har et forbedringspotensial.

Nasjonalt enhet for pasientsikkerhet ble etablert i 2007 for å understøtte helsetjenesten i deres arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser. Alle de regionale helseforetakene melder om at de samarbeider med enheten. Enheten har etablert samarbeid med Helse Bergen HF og Oslo Universitetssykehus HF angående bruk av data fra deres avvikssystem. Meldinger er blant annet blitt brukt til å studere legemiddelbehandling av barn, samt fall i sykehus, med tanke på å identifisere mulige forbedringsområder.

De regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokumentet for 2009 følgende krav knyttet til de nasjonale kvalitetsindikatorerne:

- det skal normalt ikke være korridorpasienter
- minst 80 pst. av epikrisene skal sendes ut innen sju dager
- andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan skal økes
- det skal være færre enn 5 pst. strykninger av planlagte operasjoner

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) for andre tertial viser at andel korridorpasienter ble redusert i alle de regionale helseforetakene fra 2008 til 2009. Videre viser tallene at andel epikriser sendt innen sju dager har økt i alle de regionale helseforetakene med unntak av Helse Vest RHF. Det er imidlertid ingen av regionene som har nådd målkravet om at 80 pst. av epikrisene skal sendes ut innen sju dager. Av de regionale helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF høyest andel utsendte epikriser innen sju dager (71,5 pst.). Andel strykninger fra planlagt operasjon har sunket i to regioner og steget i to regioner. Andelen var i 2009 lavest i Helse Vest RHF med 7 pst. og høyest i Helse Nord RHF med 10,7 pst. Andel med individuell plan innenfor barnehabilitering har økt i alle regionene, unntatt i Helse Midt-Norge RHF.

Tabell 5.1 Årlig rapportering på utvalgte kvalitetsindikatorer

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Andel korridorpasienter	2,0	1,5	3,8	3,4	2,5	1,4	2,2	1,5
Andel epikriser sendt innen 7 dager	64,3	71,5	62,0	60,0	60,1	63,6	56,6	61,5
Andel strykninger av planlagt operasjon	6,8	7,2	7,3	7,0	8,6	7,7	11,1	10,7
Andel barn med individuell plan, barnehabilitering	33,2	38,8	16,8	29,2	32,4	29,0	48,4	65,9

Kilde: NPR.

De regionale helseforetakene har ansvar for å sikre at nasjonale retningslinjer og veiledere blir implementert i tjenesten. De regionale helseforetakene har iverksatt krav for å implementere retningslinjene og har dialog med helseforetakene om dette temaet. I Helse Sør-Øst RHF har helseforetakene gjennom inngåtte driftsavtaler forpliktet seg til å sikre oppfølging av nasjonale strategier og retningslinjer. I tillegg har det regionale helseforetaket bistått særskilt i oppfølgingen av prioriteringsveilederne, gjennom erfaringskonferanse, opplæring og månedlige oppfølgingsmøter med helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg opprettet ti tverrfaglige regionale fagråd som skal gi råd om implementering av faglige retningslinjer.

Utvikling og drift av medisinske kvalitetsregistre var et viktig satsingsområde i oppdragsdokumentet for 2008 og 2009. I alt 19 kvalitetsregistre har fått status som nasjonale medisinske kvalitetsregistre av Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre er etablert i Helse Nord RHF ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Her i Helse Midt-Norge RHF arbeider med utvikling av felles tekniske løsninger. De regionale helseforetakene har etablert en interregional styringsgruppe, forankret hos fagdirektørene, og det er etablert samarbeid mellom SKDE, de regionale helseforetakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet for å sikre samordning mellom nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre.

Brukermedvirkning i utvikling av tjenestene skal bidra til å gjøre tjenestene mer treffsikre. De regionale helseforetakene skriver i årlig melding at det er opprettet brukerutvalg i helseforetakene og på regionalt nivå, og at brukerutvalgene deltar i relevante prosjekt og prosesser regionalt og lokalt.

De regionale helseforetakene skal sørge for tolketjenester til den samiske befolkning og innvandrere ved behov. Helseforetakene melder at de arbeider med å øke bevisstheten blant ansatte om behovet for tolk og at det legges til rette for tolketjenester. Det etablerte samarbeidsorganet mellom de regionale helseforetakene og Sametinget arbeider med tilrettelegging av tolketjenester for samisk befolkning. Helse Nord RHF har i 2009 fått i oppdrag å finansiere og gjennomføre et prosjekt for å bedre tolketjenesten til samisk befolkning.

Departementet mottok i 2009 et helhetlig forslag fra de regionale helseforetakene til hvilke landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Helsedirektoratet har gitt en faglig vurdering av forslaget. Forslag til endringer til forskrift 18. desember 2001 nr. 1539 om godkjenning av sykehus og om landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesenterfunksjoner ved sykehus (godkjenningsforskriften), sendes på høring høsten 2010 med sikte på ikrafttredelse i 2011.

De regionale helseforetakene rapporterer i årlig melding om aktivitet og prioriteringer innenfor habilitering og rehabilitering. Helse Sør-Øst RHF rapporterer at det i alle sykehusområder er gitt føringer om styrking av tjenestene. En vurderer at kapasitetsøkningen ikke er tilstrekkelig. Helse Sør-Øst RHF mener at grunnlaget er lagt for å nå målene som følger av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering ved at det er etablert nye tilbud. Gjennom vedtak og tiltak som følger av hovedstadsprosessen er det lagt til grunn at rehabiliteringstilbudene i sykehusområdene skal styrkes. Helse Vest RHF har i 2009 styrket habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i helseforetakene. Helseforetakene er bedt om å styrke habiliteringsfeltet i

samsvar med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. Videre er Handlingsplan for habilitering av barn og unge sentral som grunnlag for videreutvikling av tjenestene. Styrkingen er videreført i 2010. Helse Vest RHF rapporterer om flere samhandlingsprosjekt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Helse Midt-Norge RHF anfører at i arbeidet med standardiserte pasientforløp søkes rehabilitering integrert som en del av alle forløp. Helse Sunnmøre HF er i gang med arbeidet med å styrke fokuset på barn og unge. Helse Midt-Norge RHF er gitt i oppdrag å ta i bruk Hysnes helsefornt i Rissa kommune til behandlings/rehabiliteringsformål med sikte på tilbakeføring til arbeid. Oppstart er planlagt oktober 2010. Helse Nord RHF rapporterer om oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. Rehabilitering integreres i behandlingsforløpet der det er behov for det.

Innen psykisk helsevern skal de regionale helseforetakene gjennomføre omstillingen av tjenestene slik at sykehusfunksjonene blir spisset og de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) blir satt i stand til å utføre de oppgaver som forventes. I årlig melding har de regionale helseforetakene rapportert tiltak for å omstille tjenestene. Det vil likevel være behov for å følge opp omstillingsprosessen i 2011 og i årene framover, jf. samhandlingsreformen.

I oppdragsdokumentet for 2009 ble de regionale helseforetakene bedt om å etablere rutiner i den offentlige spesialisthelsetjenesten slik at pasientene innen psykisk helsevern skulle slippe å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. De regionale helseforetakene melder at de har etablert slike rutiner. I Helse Midt-Norge RHF er det for eksempel innført en ordning med regional koordinator som sikrer at søknader fra fastlege til avtalespesialist fanges opp ved manglende kapasitet hos avtalespesialisten.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skulle de regionale helseforetakene øke kapasiteten med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt styrke kapasiteten innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR). De regionale helseforetakene rapporterer at kapasiteten har økt i 2009. I Oslo ble det etablert et eget rusmottak ved legevakten i samarbeid Oslo universitetssykehus HF. I tillegg er det åpnet en egen rusakutt i Oslo med 12 sengeplasser. Dessuten er det etablert et rusmottak i Bergen og det planlegges åpnet en egen rusakutt i Bergen i løpet av 2011. I tillegg er det startet oppbygging av et eget akutttilbud ved Sykehuset Telemark HF. Både Helse Nord RHF, Helse Vest RHF

og Helse Sør-Øst RHF foretok i 2009 begrensede anskaffelser for å øke kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling. Helse Vest RHF har videre styrket den helsefaglige kompetansen, og antall helsefaglige fagårsverk har økt fra 62 pst. i 2007 til 66 pst. i 2009. Også de andre regionale helseforetakene melder om styrkingen av den helsefaglige kompetansen uten at dette er nærmere kvantifisert.

Et av hovedformålene med rusreformen var å tilpasse tjenestene for rusmiddelavhengige med øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten. En betydelig andel rusmiddelavhengige har til dels omfattende psykiske og somatiske lidelser ved siden av sin rusmiddelavhengighet. I oppdragsdokumentet er de regionale helseforetakene bedt om å sikre at pasienter som henvises for sine rusproblemer også vurderes for sine øvrige behov innen spesialisthelsetjenesten. Rapporteringen i årlig melding viser at det enkelte steder fortsatt er behov for å imøtekomme de sammensatte lidelsene som rusmiddelavhengige har på en bedre måte.

Utdanning

Helsepersonellens kompetanse er en sentral forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenestene. Helseforetakene skal være viktige læringsarenaer for helsepersonell som har helseforetakene som arbeidssted eller som turnus- eller praksisarena.

De regionale helseforetakene samarbeider med universiteter og høyskoler om behov for ulike utdanningstilbud. Videre- og etterutdannings tiltak skal planlegges slik at de samsvarer med nåværende og framtidige krav til og utfordringer i helsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF opprettet i 2009 et regionalt utdanningsutvalg for å skaffe oversikt over utdannings- og kompetansebehov knyttet til utvikling av behandlingstilbud og organisering. Utvalget skal utvikle bestillinger mot utdanningssystemet samt vurdere tilrettelegging og stimulering av eksisterende og nye fagutdanninger med særlig fokus på rekrutteringssvake fag. Helse Vest RHF gjennomfører et felles regionalt topplerprogram i 2010.

Helseforetakene skal sørge for systemer, strukturer og lederforankring i alle ledd av helseforetaksgruppen slik at helseforetakene er attraktive læringsarenaer.

Det er en utfordring å legge til rette for riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser i helseforetakene. Kunnskapsdepartementet fastsetter, i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet, aktivitetskrav for den enkelte høyskole hvor hel-

seforetakene er en praksisarena. Helseforetakene arbeider med fagutvikling innenfor praksisfeltet, tilpasset de endringer som skjer i behandlingsformer og organisering. De som har helseforetakene som læringsarena skal oppleve at praksis og turnus er strukturert og at det gis god veiledning.

Helseforetakene skal sikre et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene i helseregionene gjennom etablerte samarbeidsorgan, inngåtte samarbeidsavtaler og god dialog. De regionale helseforetakene melder at samarbeidet med utdanningssektoren er etablert og i utvikling.

Det skal utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene gjennom effektive utdanningsløp i helseforetakene, og de regionale helseforetakene skal sørge for god nasjonal, regional og lokal fordeling av leger og mellom spesialiteter. Helse- og omsorgsdepartementet fordeler hvert år et bestemt antall nye legestillinger til hver region. De regionale helseforetakene skal fortløpende gi melding til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording om stillingsstrukturen, slik at myndighetene kan følge hvordan ledige stillinger benyttes og hvilke spesialiteter som tildeles utdanningsstillinger. Departementet har de siste årene spesielt vektlagt behovet for utdanning av geriater, psykiatere og arbeidsmedisinere. Helse Nord RHF har iverksatt egne utdanningsprogrammer innen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, fysikalsk medisin og rehabilitering, geriatri og revmatologi. I 2010 settes i gang et utdanningsprogram i gynekologi/obstetikk og i 2011 sannsynligvis i radiologi. I tillegg er det et eget rekrutteringsprogram i Helse Finnmark HF. I 2009 var det 21 utdanningskandidater i programmet. Helse Sør-Øst RHF har iverksatt et prosjekt for å øke rekrutteringen av barne- og ungdomspsykiatere inn i utdanningsforløp, effektivisere utdanningsforløpene og beholde legespesialistene innen fagområdet. Prosjektet som startet i tidligere Helse Sør RHF har gitt gode resultater og utvides til å omfatte hele Helse Sør-Øst RHF i 2010. I 2009 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å sikre at det utdannes minst ti geriater årlig. Mer enn ti nye utdanningsstillinger innen geriatri er fordelt til helseforetakene.

Helseforetakene skal gjennom samarbeid med fylkeskommunene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser, med et særlig fokus på ambulansearbeiderutdanningen og den nye helsefagarbeiderutdanningen. Det rapporteres om 300 læreplasser i ambulansesfag og 240 i helsefag i helseforetakene i 2009. Helse Midt-Norge RHF melder at det er utfordrende å fylle opp alle læreplassene i helsefag med kvalifiserte søkere.

Forskning og innovasjon

Den strategiske satsingen på forskning i helseforetakene har ført til økt forskningsaktivitet både ved universitetssykehusene og i lokal- og sentralsykehus. Helseforetakene har bidratt til utviklingsarbeid av nasjonale målesystemer for forskning, jf. omtale under kap. 732, post 21. Det har vært en svak økning i avlagte doktorgrader også i 2009, jf. omtale under kap. 732, post 78. Ut over det statlige øremerkede tilskuddet til forskning, prioriterer alle de regionale helseforetakene midler til forskning gjennom basisbevilgningen. De regionale helseforetakene rapporterte en total årlig ressursbruk til forskning på om lag 2 mrd. kroner i 2008.

En evaluering utført av Sintef Teknologi og samfunn i 2010, Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene, peker på at satsingen på forskning i helseforetakene har bidratt til å styrke klinisk forskning og fått i gang aktivitet innenfor en del tidligere forskningssvake områder, spesielt forskning innenfor psykisk helsevern. Alle regionale helseforetak rapporterer om at det er satt fokus på kjønnsperspektivet i klinisk forskning. De regionale helseforetakene har utviklet og tatt i bruk et felles system for elektroniske søknader og rapportering på midler til forskning i helseforetakene. Fra 2010 er det etablert et felles klassifiseringssystem som synliggjør forskningsaktivitet på ulike fagområder. Det arbeides med å utvikle et felles elektronisk rapporteringssystem for kliniske studier. Det er satt i verk ulike tiltak i alle de regionale helseforetakene for å opprette systemer for implementering av GCP (good clinical practice) ved kliniske utprøvinger. Flere helseforetak har utviklet konkrete handlingsplaner for både forskning og innovasjon.

Det er etablert formaliserte prosesser for etablering og gjennomføring av forskningssamarbeid mellom de regionale helseforetakene gjennom formaliserte forskernettverk innenfor flere fagområder. Samarbeidet er forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG). Området alvorlige psykiske lidelser ble vedtatt som ny felles satsing i 2009, i tillegg til de etablerte satsingene på nevrovitenskapelig forskning og hjerte-kar forskning som også er forankret i Norges forskningsråd. Det vurderes å etablere nasjonalt forskningssamarbeid innenfor muskel- og skjelettlidelser og helsetjenesteforskning. NSG har også vedtatt en handlingsplan for kombinert spesialist- og doktorgradsutdanning i medisin (dobbelkompetanse).

De regionale helseforetakene følger opp satsingen på behovsdrivet innovasjon og næringsut-

vikling i helsesektoren (2007–2011). Det er inngått en samarbeidsavtale om satsingen mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge, samt utarbeidet en felles handlingsplan mellom de regionale helseforetakene for å konkretisere og operasjonalisere satsingen. Handlingsplanen skal sikre tilstrekkelig fokus på innovasjon gjennom bl.a. styrings- og ledelsesforankring og ved å etablere gode innovasjonsnettverk både regionalt og nasjonalt. Det har vært en vesentlig økning i antall offentlige forsknings- og utviklingskontrakter med helseforetakene fra sju i 2005 til 20 i 2009. Alle regionale helseforetak har for første gang rapportert på en rekke indikatorer for innovasjon. Totalt inngikk de regionale helseforetakene 17 OFU-kontrakter, fikk 55 tildelinger fra FORNY og 23 brukerstyrte innovasjonsprosjekter (BIP). Totalt ble det registrert 100 oppfinnelser og 18 patenter i de regionale helseforetakene. Fra 2010 skal innovasjonspotensialet i forskningsprosjekter inngå i e-søknad, etter pilotering i Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF i 2009.

Oppfølging av stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 240 (2008–2009), jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, sluttet Stortinget seg til at tallgrenser for inndeling av fødeinstitusjoner i tre nivåer oppheves og erstattes av nasjonale kvalitetskrav. Helsedirektoratet har utarbeidet slike kvalitetskrav i samarbeid med regionale helseforetak i 2010.

De regionale helseforetakene skal utarbeide flerårige helhetlige og lokalt tilpassede planer for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner. Planene skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Planene skal forelegges departementet. Regionale helseforetak overtok ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon fra 1. januar 2010. For omtale av oppdrag til Helsedirektoratet, se kap. 781, post 21. For omtale av jordmortjeneste, se kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Helsetilsynets tilsynserfaringer

Helse- og omsorgsdepartementet har overfor styrene i de regionale helseforetakene understreket styrenes ansvar for å sikre systemer for risikostyring og internkontroll. De regionale helseforetakene skal rapportere særskilt på dette. Departe-

mentet har tatt opp at det er behov for større systematikk i helseforetakenes oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter for å sikre at tiltak settes i verk og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn. Det er spesielt lagt vekt på at styrene i de regionale helseforetakene må behandle Helsetilsynets rapporter. Departementet har stilt strengere krav til rapportering fra de regionale helseforetakene på tilsynssaker fra Helsetilsynet fra og med andre tertial 2010.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2008 og 2009 landsomfattende tilsyn med 56 distriktpsikiatriske senter (DPS). Tilsynet viste at de distriktpsikiatriske sentrene ikke alltid håndterer henvisninger i samsvar med lovkravene. Mange DPS sikrer heller ikke tilstrekkelig forsvarlig utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Tilsynet, som har gått over to år, har vist at mange DPS synes å mangle nødvendige tiltak for systematisk styring og forbedring av virksomheten slik helselovgivningen krever, og for å trygge tjenestene for pasientene. Helse- og omsorgsdepartementet ser alvorlig på Helsetilsynets funn og har overfor styrene i de regionale helseforetakene understreket deres ansvar for å sikre systemer for risikostyring og internkontroll.

Statens helsetilsyn innhentet i 2009 de sakene som var kjent for Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket, der personer med kjent psykisk lidelse hadde begått drap i løpet av de fem siste årene. Flere av disse sakene inngikk i det materialet som ble gjennomgått av ett regjeringsoppnevnt utvalg ledet av fylkesmann Ann-Kristin Olsen. Utvalgets utredning, NOU 2010: 3 Drap i Norge i perioden 2004–2009 er sendt på offentlig høring.

Tilsynserfaring viser at det er manglende overholdelse av pasientrettighetsloven. Det er gjennom tilsyn avdekket at pasienter som har krav på nødvendig helsehjelp, ikke har mottatt informasjon fra spesialisthelsetjenesten om dette og hvilken frist som er satt for å gi helsehjelp. Det er relativt få henvendelser til Helfo om fristbrudd og antallet rettighetsklager er heller ikke så høyt som man kunne forvente. Departementet forutsetter at helseforetakene følger opp dette.

Helseforetakene har tatt i bruk en rekke elektroniske løsninger for å håndtere nødvendig meldingsutveksling knyttet til behandling av pasienter og kommunikasjon med øvrig helseforvaltning. Dette stiller krav til opplæring av ansatte og gode rutiner for bruk av informasjonssystemene. Tilsynserfaring har vist at det er risiko for at pasienter ikke følges opp forsvarlig ved at det er svikt ved bruk av informasjonssystemene og at det er mangelfulle rutiner for bruk av disse. Departe-

mentet forutsetter at helseforetakene følger opp dette.

Statens helsetilsyns risikoanalyse/risikovurdering av norsk kreftbehandling viste at risikoni-vået i deler av norsk kreftbehandling er for høyt. De risikoområdene som peker seg ut er manglen-de kontinuitet i utredningsforløp og informasjons-flyt, forsinkelser i diagnostikk og sviktende kom-plikasjonsovervåkning. I oppdragsdokumentet for 2010 ba departementet de regionale helseforeta-kene, i samarbeid med Helsedirektoratet, om å starte arbeidet med å utarbeide forslag til sty-ringsvariable/indikatorer på gode forløp uten uøn-skede brudd og forsinkelser for pasienter med de hyppigste kreftformene. Departementet vil i opp-dragsdokumentet for 2011 ha fokus på en videre utvikling av kreftområdet, med særlig vekt på risi-kofaktorene i Helsetilsynets rapport.

Statens helsetilsyn gjennomførte sommeren 2009 en nasjonal kartleggingsundersøkelse av be-manning og kompetanse i bilambulansetjenesten. Kartleggingsundersøkelsen viste at hver fjerde ambulanse ikke var bemannet i henhold til krave-ne i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det har siden forskriftens ikraft-tredelse i 2005 vært arbeidet for å oppfylle for-skriftens krav. Arbeidet har vært utfordrende for noen helseforetak. En rapportering til departe-mentet våren 2010 fra regionale helseforetak viser at ambulansetjenesten over hele landet under nor-male forhold oppfylder forskriftens kompetanse-krav. Lærlings situasjonen har også blitt betydelig bedre.

Økonomi og organisasjon

Resultat 2009

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjø-rende for å kunne gjøre de riktige faglige priorite-ringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlin-gen. Departementet har en tett oppfølging av de regionale helseforetakene på økonomiområdet.

Det rapporteres månedlig på resultat, likviditet, bemanning, aktivitet og tertialvis på enkelte indi-katorer for kvaliteten i tjenesten. Det blir også stilt krav til blant annet risikostyring og intern kon-troll.

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for drift og investeringer. Positive resulta-ter vil bl.a. sette foretakene i stand til å styrke inn-satsen innen forskning og utvikling, samt priorite-re framtidige investeringer. Alle regionene har langsiktige strategier eller investeringsplaner og gjennomføring av disse forutsetter bl.a. en for-svarlig drift gjennom flere år.

Det ble i 2009 stilt krav om at alle regionale helseforetak skulle gå i økonomisk balanse, samt at det ble satt et tak for bruk av driftskreditt. Dette innebærer at de regionale helseforetakenes drift og investeringer må håndteres innenfor bevilget ramme.

Årsregnskapene for 2009 ble endelig godkjent i foretaksmøter i juni 2010.

For første gang siden innføring av helsefore-taksreformen hadde de regionale helseforetakene samlet et positivt resultat i 2009. Tabell 5.2 viser at de regionale helseforetakene samlet hadde et po-sitivt resultat på 312 mill. kroner. Dette er en for-bedring på 1012 mill. kroner sammenliknet med resultatet i 2008. Deler av resultatforbedringen kan tilskrives økt bevilgning i forbindelse med ny modell for fordeling av basisrammen (jf. Magnus-sen-utvalgets innstilling). Alle regionale helsefore-tak holdt seg innenfor de driftskredittrammer som var satt.

Det positive resultatet på 312 mill. kroner i 2009 utgjør til sammen om lag 0,3 pst. av samlede driftsinntekter for de fire helseregionene. Helse Sør-Øst har et negativt avvik på om lag 0,3 pst., Helse Vest og Helse Nord har et positivt avvik på 0,8 pst., mens Helse Midt-Norge har et positivt av-vik på 1,5 pst.

I tabell 5.2 er utviklingen i korrigert årsresul-tat oppsummert for perioden 2002–2009.

Tabell 5.2 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2009 ^{1, 2, 3, 4}

(mill. kroner)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
2002	97	-514		-313	24	-120	-826
2003	-29	-697		-524	-461	-262	-1 973
2004	58	-779		-531	-498	-175	-1 925
2005	42	-498		-182	-572	-165	-1 375
2006 ¹	-15	-307		-405	-711	-433	-1 870
Perioden 2002–2006	153	-2 795	-2 642	-1 955	-2 218	-1 154	-7 969
2007 ²			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
2008 ³			-425	-141	86	-221	-700
2009 ⁴			-157	156	214	100	312
Akkumulert			-4 311	-2 030	-1 928	-1 538	-9 808

¹ For 2006 vises korrigert årsresultat justert for økte pensjonskostnader på til sammen 1 mrd. kroner som ble unntatt fra balansekravet.

² For 2007 vises de økonomiske resultatene som avvik i forhold til eiers styringsmål der det samlede ordinære årsresultatet ikke skulle være større enn -1,4 mrd. kroner. I tillegg ble økte pensjonskostnader på til sammen 3,26 mrd. kroner unntatt fra dette resultatkravet.

³ For 2008 vises de økonomiske resultatene som avvik i forhold til eiers styringsmål der 600 mill. kroner i økte pensjonskostnader ble unntatt fra et opprinnelig krav til økonomisk balanse.

⁴ For 2009 vises ordinært regnskapsmessig resultat ettersom eiers styringsmål var et årsresultat i balanse.

Det positive resultatet i 2009 påvirkes både av innteksførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 164 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 67 mill. kroner. Slike nedskrivninger foretas når eiendeler har et varig verdifall, og denne type engangseffekter er ikke direkte knyttet til den ordinære driften av foretakene. Hensyntatt disse effektene er departementets vurderingsgrunnlag for resultatoppnåelse et positivt resultat på 215 mill. kroner.

Riksrevisjonen har i sin undersøkelse av økonomistyringen i helseforetakene, jf. Dokument 3:3 (2009–2010), vist til at de regionale helseforetakene i varierende grad har ivaretatt eiers økonomiske styringskrav i perioden 2002–2008. De har pekt på en rekke mulige tiltak for å bidra til å nå det økonomiske styringskravet blant annet når det gjelder forutsigbarhet og langsiktighet fra eier, omfanget av styringskrav, betydningen av kontinuerlig ledelse, tidlig oppstart av budsjettprosessen, involvering i budsjettprosessen, tid og kompetanse, gode styringsdata og mer langsiktig fokus. Helse- og omsorgsdepartementet mener at utviklingen de siste årene og særlig det positive

resultatet for 2009 er en følge av at det er tatt en rekke grep for å forbedre økonomistyringen både fra departementets side, på regionalt helseforetaksnivå og helseforetaksnivå. Det har skjedd en betydelig kompetanseoppbygging og erfaringsoverføring på økonomistyringsområdet i helseforetakene. Departementet er av den vurdering at styringen på dette området er god i helseforetakene og i tråd med departementets føringer og helseforetaksmodellens intensjoner.

Om resultatmåling og akkumulerte resultater

I perioden 2002–2009 har det samlede korrigerte regnskapsmessige årsresultatet vært minus 9,8 mrd. kroner. I samme periode har de regionale helseforetakene hatt et samlet ordinært regnskapsmessig årsresultat på minus 24,9 mrd. kroner. Forskjellen mellom resultatbegrepene skyldes unntak for regnskapsmessige avskrivninger som var høyere enn inntektene til gjenanskaffelse av bygg og utstyr på 10,3 mrd. kroner og unntak for økte pensjonskostnader på 4,8 mrd. kroner.

Tabell 5.3 Akkumulert resultat 2002–2009

Akkumulert regnskapsmessig underskudd	24,9 mrd. kr
Unntak for:	
Udekkede regnskapsmessige avskrivninger	10,3 mrd. kr
Økte pensjonskostnader	4,8 mrd. kr
Akkumulert korrigert resultat	9,8 mrd. kr

Investeringer

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Dette helhetlige ansvaret er underbygget ved at midler til investeringer inngår som en del av de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og ikke gis gjennom øremerkede tilskudd. Enkelte større prosjekter kan delvis lånefinansieres ved låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene investerte for om lag 6,1 mrd. kroner i 2009.

Kostnader som følge av slitasje og elde på bygg og utstyr framkommer som avskrivninger i foretakenes regnskaper og reflekterer tidligere års investeringer. For å opprettholde verdien på foretakenes eiendeler må de årlige investeringene over tid være lik de årlige avskrivningene. Foretakenes årlige investeringer vil kunne variere vesentlig i takt med hvilke store utbygginger som pågår. Investeringstakten de senere år har vært høy som følge av investeringsbeslutninger ved inngangen til helseforetaksreformen. Investeringsnivået i 2009 er høyere enn avskrivningskostnadene som utgjør 5,4 mrd. kroner. Dette innebærer at den samlede verdien på helseforetakenes bygg og utstyr har økt. Det er imidlertid store variasjoner mellom de regionale helseforetakene.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå, slik at investeringer skjer i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For større prosjekter skal resultater og de regionale helseforetakenes vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet. For å legge til rette for mer overordnet styring med helseforetakenes investeringer, vil grensen for prosjekter som forelegges departementet settes ned fra 1 mrd. kroner til 500 mill. kroner fra 2011. Videre vil de regionale hel-

seforetakene fra og med 2011 underlegges en 4-årig prøveordning med ekstern kvalitetssikring av konseptfaseutredninger, tilsvarende den statlige KS-1 ordningen.

Totalt ble det tatt opp 1075,8 mill. kroner i investeringslån i 2009, jf. omtale under kap. 732, post 82. Utbetalingen av det særskilte investeringstilskuddet, jf. kap. 732, post 81, på om lag 652,5 mill. kroner ble også brukt som delfinansiering av investeringene, sammen med tilskudd fra Kunnskapsdepartementet til universitets- og høyskolearealene ved St. Olavs Hospital.

St. Olavs Hospital var det største prosjektet under gjennomføring i 2009 og hadde offisiell åpning i juni 2010. Utbygging av Kunnskapscenteret gjenstår imidlertid før det samlede sykehuset står ferdig.

Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet ble åpnet i 2009, og nytt laboratoriebygg ved Haukeland ble åpnet i februar 2010.

Regjeringens sysselsettingspakke

Ved behandlingen av St.prp. nr. 37 (2008–2009) Om endringer i statsbudsjettet 2009 med tiltak for arbeid, ble basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økt med til sammen 1 mrd. kroner. Bevilgningen ble gitt som et engangstilskudd og midlene skulle benyttes til oppgradering og vedlikehold av eksisterende bygningsmasse. Det ble lagt til grunn at tiltakene skulle ha god geografisk spredning, kunne settes i gang raskt og ha en god effekt på sysselsettingen.

De regionale helseforetakene utarbeidet konkrete tiltakslistene over arbeid som skulle gjennomføres. Listene ble godkjent av departementet. Enkelte tiltak har ikke vært mulige å gjennomføre innen utgangen av 2009. Midler som ikke ble brukt i 2009 ble overført til 2010. Samtlige regionale helseforetak melder at tiltakene planlegges slutført innen utgangen av 2010.

Anskaffelser i forbindelse med influensa A (H1N1)

Det vises til at bevilgningen til de regionale helseforetakene i 2009 ble økt med 235 mill. kroner for å sikre anskaffelse av utstyr for helseforetakene i forbindelse med pandemien. Det ble blant annet kjøpt inn respiratorer, legemidler og verneutstyr.

Status 2010

Det er stilt krav om at alle regionale helseforetak skal gå i økonomisk balanse i 2010. Videre skal de sikre en forsvarlig likviditetsstyring og nedbetale deler av sin driftskreditt.

De regionale helseforetakene rapporterer hver måned til departementet på resultat, likviditet, aktivitet og bemanning. I tillegg presenteres oppdaterte årsprognoser. Prognosene vil alltid være beheftet med usikkerhet. Helse Sør-Øst styrer mot et årsresultat i økonomisk balanse mens de tre andre helseregionene styrer mot et bedre årsresultat enn styringskravet. Både Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord leverte positive økonomiske re-

sultater i 2009 og har derfor et godt utgangspunkt for å nå resultatkravet for 2010. Disse regionene har budsjettert med et positivt driftsresultat i størrelsesorden 150–270 mill. kroner i 2010.

Helse Sør-Øst nådde ikke kravet om økonomisk balanse i 2009 og resultatene hittil i år viser et negativt avvik mot budsjett på i underkant av 100 mill. kroner. Helse Sør-Øst har store utfordringer knyttet til omstillingsprosessene i hovedstadsområdet og anslår at det er en risiko for et negativt årsresultat på opp til 200 mill. kroner.

Helse Vest vurderer det som sannsynlig at de vil oppnå et resultat som er bedre enn det budsjetterte positive resultatet på om lag 150 mill. kroner.

Helse Midt-Norge har levert årsresultater i tråd med styringskravene hvert år siden 2007. Regionen har for 2010 budsjettert med et positivt resultat på 270 mill. kroner, og med gode økonomiske resultater hittil i år synes budsjettmålet realistisk.

Helse Nord har hittil i år et økonomisk resultat i tråd med budsjett, og vurderer det som sannsynlig at de vil nå det budsjetterte positive resultatet på 195 mill. kroner for 2010.

Tabell 5.4 Anslag økonomisk resultat for de regionale helseforetakene i 2010

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Sannsynlig økonomisk resultat 2010	-200 mill. kroner til 0	+200 til +250 mill. kroner	+250 til +300 mill. kroner	+175 til +225 mill. kroner

Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF i 2007. Helse Sør-Øst RHF fikk i oppdrag å få til en bedre samordning og ressursutnyttelse i regionen generelt og i hovedstadsområdet spesielt. Helse Sør-Øst RHF har siden opprettelsen etablert sju sykehusområder i helseregionen, samt gjort endringer i foretaksstrukturen og i sykehusenes opptaksområder.

Oppfølging av omstillingene i Helse Sør-Øst og hovedstadsområdet vies stor oppmerksomhet fra departementets side. Etableringen av ett storbysykehus, Oslo universitetssykehus HF, fra 1. januar 2009 skal sikre bedre samordning og ressursutnyttelse i hovedstadsområdet. Det arbeides med samling av lokalsykehustjenester ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål og samling av spesialfunksjoner ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. En premiss for videre arbeid er å utvikle hovedstadsområdet til et pilotområde for samhandling. Dette krever samarbeid og nøye koordinering mellom helseforetaket og kommunens tjenester. Ny rusakutt med 12 sengeplasser åpnet ved Aker sykehus i august 2010 og en ny avgiftingsenhet åpner ved Aker sykehus senere i år.

Før befolkningen i bydel Alna overføres fra Oslo universitetssykehus HF, Aker til Akershus universitetssykehus HF i 2011, skal kapasitets- og forsvarlighetsvurderinger kvalitetssikres.

De regionale helseforetakene arbeider med prosjekter knyttet til større grad av nasjonal styring, samordning og standardisering, herunder prosjekter på IKT-området. Det gjennomføres kontinuerlig omstillings- og effektiviseringsarbeid innenfor helseforetakene. Det arbeides systematisk innen de enkelte regionene og på tvers av regionene for å få etablert bedre og mer gjennomgående styringssystemer, både knyttet til utvikling av nye indikatorer, bedre kvalitet på rapporteringer og samordnet rapportering. Mange helseforetak har i tillegg etablert egne analyseteam som fokuserer på risikovurdering og omstillingstiltak i hele foretaket. Det er videre etablert dialogmøter mellom regionale helseforetak og underliggende helseforetak der formålet er å få bedre styringsinformasjon, større forutsigbarhet, fokus på resultatkrav og tilstrekkelig kvalitet i rapporteringen.

Det er i 2010 oppnevnt nye styremedlemmer til styrene i de regionale helseforetakene og helse-

foretakene. Det ble ved oppnevningen særlig lagt vekt på at styrene samlet sett har en kompetanse som reflekterer de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.

Særskilte satsingsområder i 2011

Gjennomgang av årlig melding fra de regionale helseforetakene og andre aktuelle informasjonskilder, bl.a. Helsetilsynets tilsynserfaringer, har synliggjort noen risikoområder som bør ha særskilt fokus. Videre vil nye satsinger som gjennomføring av samhandlingsreformen legge føringer for spesialisthelsetjenesten i 2011.

Kvalitet og pasientsikkerhet

De regionale helseforetakene skal tilby befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Dette innebærer å gi virkningsfulle, trygge og sikre tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet, involverer brukere og utnytter ressurser på en god måte. Høy kvalitet sikres gjennom en helhetlig tilnærming der ny kunnskap raskt blir implementert i tjenesten. Det er derfor viktig med fortsatt fokus på medisinsk- og helsefaglig forskning for å sikre tjenester og behandlingstilbud av høy kvalitet.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Departementet vil i sterkere grad stille krav til og følge opp ledelsens og styrets ansvar for å ha oversikt over status på kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen. God internkontroll og systemer for risikostyring er viktig for å forebygge, forhindre og avdekke uønskede hendelser. Det er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak settes i verk og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

De regionale helseforetakene bør ha løpende oppfølging av hvordan regionale retningslinjer for funksjonsfordeling, for eksempel innen kreftkirurgien, følges opp. Videre bør de regionale helseforetakene ha systemer for å sikre at nasjonale faglige retningslinjer tas i bruk i tjenesten.

Norge har deltatt i Nordisk Ministerråds kvalitetsmålingsprosjekt. Resultatene av dette arbeidet vil legges til grunn for utvikling av norske indikatorer, slik at sykehusene kan sammenlikne sine resultater i større grad enn i dag.

Det finnes ingen god oversikt over hvor mange uønskede hendelser som skjer i helsetjenes-

ten. Internasjonale undersøkelser anslår at om lag 10 pst. av alle som blir innlagt i sykehus, blir skadet. Det finnes ikke tilsvarende internasjonale tall for primærhelsetjenesten.

Når uønskede hendelser skjer, skal helsetjenesten følge opp berørte pasienter og pårørende, involvere helsepersonell på en god måte og lære av disse hendelsene. Rapporteringen i årlig melding viste at det fortsatt gjenstår arbeid med forankring, kultur og læring i organisasjonen. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, forbereder en nasjonal pasientsikkerhetskampanje med start i 2011. Målet med kampanjen er å forebygge og redusere pasientskade. Kampanjen vil rette seg mot utvalgte innsatsområder. Kampanjen skal legge grunnlaget for varige resultater, både på innsatsområdene og pasientsikkerhet generelt.

Ventetider og fristbrudd

Helseforetakene har samlet stått for en aktivitetsøkning de senere årene. Til tross for dette har ventetidene og antallet som venter på behandling økt noe. Gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter innen somatikk var 70 dager i 2009. Det er likevel slik at 2/3 av pasientene som henvises er avvirket fra venteliste før 70 dager. Om lag 70 pst. av alle døgnopphold er øyeblikkelig hjelp og er dermed ikke en del av ventelistestatistikken.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2011 stille krav om at ventetidene skal reduseres, og vil ha tett oppfølging av de regionale helseforetakene på dette området. Departementet vil be de regionale helseforetakene om å legge til rette for økt utredningskapasitet. Det vil fra 2011 stilles krav om månedlig rapportering og oppfølging av ventelistetall basert på Norsk pasientregister (NPR) som erstatning for dagens tertialvise rapportering. Dette forutsetter at de nødvendige tekniske løsningene som tilrettelegger for månedlig rapportering er på plass fra 1. januar 2011.

Pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp skal få fastsatt en individuell frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient senest skal få behandling eller utredning. Det har vært en økning i andel fristbrudd fra tredje tertial 2008 til tredje tertial 2009 for alle fagområder, med unntak av psykisk helsevern for voksne som er stabil. Andelen fristbrudd innen spesialisthelsetjenesten er for høy. Fristbrudd for rettighetspasienter kan ikke aksepteres.

Gjennomgang av ventelistemålene

Helse- og omsorgsdepartementet har, som varslet i Prop. 1 S (2009–2010), foretatt en gjennomgang av ventetidsmålene. Arbeidet har vist at det er et stort potensial og behov for forbedret registrering på sentrale områder; vurdering av henvisningen, prioritering og fastsettelse av frist, samt rutiner for hvordan og når pasienten tas av ventelisten.

Kunnskap om retningslinjer for registrering og aktiv bruk av ventelistedata er en viktig forutsetning for å oppnå bedre kvalitet. Ventelistedata må brukes løpende i styring og oppfølging både i Helse- og omsorgsdepartementet, i de regionale helseforetakene og i helseforetakene.

Gjennomsnittlig ventetid er et sentralt og intuitivt mål i ventelistedatastatistikken. Ventetiden for ordinært avviklede henvisninger skal gi uttrykk for ventelistesituasjonen for pasienter som henvises til den planlagte delen av spesialisthelsetjenesten. Ventetiden gjelder fra henvisning er mottatt til pasienten er tatt til utredning eller behandling. Dermed er gjennomsnitt et mål som i stor grad påvirkes av en mindre andel pasienter som har lang ventetid til utredning eller behandling. Pasienter med lange ventetider er også de som har minst hastegrad og prioritet.

Median ventetid angir når halvparten av pasientene er avviklet fra venteliste. Medianverdien påvirkes mindre enn gjennomsnittstallet av antallet langtidsventende, som ofte forstyrres av feilregistreringer. For å fange opp langtidsventende kan det angis et spredningsmål i ventelistedataene. Det legges opp til at NPR publiserer både gjennomsnittlig og median ventetid i en overgangsfase med spredningsmål.

Det er behov for å få mer informasjon om pasientene som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten enn det som ligger i dagens ventelistedata. Helsedirektoratet vil sette i gang et arbeid for å utvikle hensiktsmessige mål. Dette er et utviklingsarbeid som vil ta noe tid.

Det er behov for en nasjonal samordning for å legge bedre til rette for flyt av styringsdata mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er derfor bedt om å utvikle en løsning for bedre flyt av styringsdata slik at de regionale helseforetakene kan rapportere NPR-baserte ventetidsdata månedlig til Helse- og omsorgsdepartementet fra og med 2011.

Samhandlingsreformen

Det legges til grunn at samhandlingsreformen skal innføres fra 2012. I 2011 må de regionale helseforetakene på ulike områder forberede seg på reformens gjennomføring i dialog med kommunene. Aktuelle områder for forberedelse kan være gjennomgang av pasientforløp for store pasientgrupper, mer bindende avtaler, videre utvikling av samhandlingstiltak, lokalmedisinske sentra (herunder også distriktsmedisinske sentra), og samarbeid om utdanning og kompetanseutvikling. Prioritering av samhandlingsforskning skal videreføres, jf. omtale under kap. 732, post 72–75.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling viser fortsatt en økning. Fra første tertial 2009 til første tertial 2010 var denne økningen på 2,8 pst. Tall fra Norsk pasientregister viser at andelen fristbrudd i tredje tertial 2009 var 20 pst. Gjennomsnittlig ventetid har økt fra 73 dager i 2008 til 80 dager i 2009. Det vil fortsatt være behov for en økning i kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling samtidig med en styrking av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Opptrappingsplanen for rus har virketid ut 2012. Stoltenberg-utvalget la i juni 2010 fram sin rapport, der de blant annet understreket behovet for en sterkere koordinering og samhandling av tjenestene rundt den enkelte rusmiddelavhengige. Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om ruspolitikken i løpet av 2011 hvor blant annet Stoltenberg-utvalgets rapport vil følges opp.

Departementet vil fortsette å følge utviklingen innen aktivitet, ventetider, personell mv. innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern.

Psykisk helsevern

Det er nødvendig med fortsatt omstilling av psykisk helsevern, slik at de distriktspsykiatriske sentrene (DPS) blir satt i stand til å utføre de oppgaver som er forutsatt og slik at sykehusfunksjonene blir spisset. DPS forutsettes å være veien ut og inn av spesialisthelsetjenesten, noe som bl.a. betyr at nødvendige akuttfunksjoner må være etablert. Sykehusfunksjonene forutsettes kritisk gjennomgått med tanke på hvilke funksjoner som nødvendigvis må ivaretas på dette nivået. Siktemålet skal være å få behandlet pasientene på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og

normalt liv, så langt mulig på DPS- eller kommunenivå. Det vil bli tatt initiativ til en gjennomgang av ressursbruk og arbeidsmåter innen psykisk helsevern for barn og unge med sikte på en best mulig tilpasning til behovet for polikliniske, ambulante og døgnbaserte tjenester samt generell konsultasjonsvirksomhet overfor kommunene.

Kreftbehandling

I 2008 fikk 12 000 kvinner og 14 000 menn en kreftdiagnose. Forekomsten av kreft har økt fra 7700 tilfeller i 1995 til over 26 000 i 2008. Statens helsetilsyn la i mai 2010 fram en rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling. Rapporten identifiserer og beskriver en rekke risikofaktorer i helseforetakenes kontakt med kreftpasienter, herunder utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt, kontinuitet i behandlingsforløpet og komplikasjonsovervåkning. I tillegg peker rapporten på lave volumer og tilhørende kvalitetsutfordringer, blant annet ved kreftkirurgi, som en av de viktigste risikoindikatorer. De regionale helseforetakene er i revidert oppdragsdokument for 2010 bedt om å legge denne rapporten til grunn i sitt videre arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten.

I oppdragsdokumentet for 2010 ba departementet de regionale helseforetakene, i samarbeid med Helsedirektoratet, om å starte arbeidet med å utarbeide forslag til styringsvariable/indikatorer på gode forløp uten uønskede brudd og forsinkelser for pasienter med de hyppigste kreftformene. Departementet vil i oppdragsdokumentet for 2011 ha fokus på en videre utvikling av kreftområdet, med særlig vekt på risikofaktorene i Helsetilsynets rapport.

Innovasjon i spesialisthelsetjenesten

Implementering av ny kunnskap og nye løsninger skal bidra til økt kvalitet, bedre samhandling og en mer kostnadseffektiv helsetjeneste. Innovasjon i helse- og omsorgssektoren er løftet fram som et prioritert område i innovasjonsmeldingen. Departementet vil prioritere en fortsatt satsing på innovasjon i helseforetakene. Departementet vil sammen med Nærings- og handelsdepartementet videreføre og videreutvikle fellessatsingen på innovasjon i spesialisthelsetjenesten. Det gjennomføres høsten 2010 en midtveisevaluering av satsingen som grunnlag for videre arbeid. Aktørene har også utviklet en felles handlingsplan, og det er utviklet indikatorer for å følge måloppnåelsen. Videreføringen av satsingen er et viktig tiltak for å

øke utviklingen av nytt medisinsk teknisk utstyr, biomedisin, IKT og tjenesteutvikling, men også i økende grad å benytte innovasjonspotensialet både i offentlige anskaffelser og i forskningsprosjekter.

Mål 2011

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å legge til rette for riktige faglige prioriteringer og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Aktivitetsnivået i de regionale helseforetakene må tilpasses de økonomiske rammebetingelsene som er lagt for sektoren.

Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus.

For 2011 vil det bli stilt følgende krav til de regionale helseforetakene:

- Alle regionale helseforetak skal gå i økonomisk balanse.
- Krav om nedbetaling av driftskreditt med til sammen 550 mill. kroner, jf. omtale under kap. 732, post 86, Driftskreditter.
- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres fra 2010-nivå. Departementet vil stille konkrete krav i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene.
- Fristbrudd for rettighetspasienter kan ikke aksepteres. Departementet vil stille konkrete krav i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene.
- 100 pst. av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager etter utskrivning.
- Det skal normalt ikke være korridorpasienter. Departementet vil vurdere økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert innenfor bevilgningsforslaget på 8,4 mill. kroner i 2011.

Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

Det er etablert et nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene. Målesystemet ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene over kap. 732, post 78. Helse- og omsorgsdepartementet har i budsjettforslaget for 2011 foreslått noen mindre endringer i målesystemet, basert på bl.a. en evaluering fra Sintef Teknologi og samfunn av finansieringssystemet for fors-

kning i helseforetakene, jf. omtale under kap. 732, post 78.

For å styrke dokumentasjonssystemene for forskning skal det fra 2011 etableres et helhetlig nasjonalt forskningsdokumentasjonssystem Cristina i universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren og de regionale helseforetakene, jf. omtale under kap. 732, post 72–75. Dokumentasjonssystemet vil omfatte en felles nasjonal database for vitenskapelig publisering kalt Norsk vitenskapsindeks (NVI).

Det er etablert et permanent nasjonalt rapporteringssystem for kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Fra 2008 skilles det klarere mellom ressursbruk til henholdsvis forskning og utvikling. Nifu Step har i 2010 nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra de regionale helseforetakene som skal bistå i videreutviklingen av målesystemet.

Evalueringsav ny inntektsfordeling for regionale helseforetak

Det er satt av 4 mill. kroner til evalueringer av det nye inntektssystemet, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008–2009). Evalueringene skal først og fremst konsentreres om tilskudd til forskning, måling av ressursbruk til utdanning, kostnadsforskjeller mellom helseforetakene, effekten av klimatiske forhold og breddegrad på behovet for spesialisthelsetjenester samt forbruket av spesialisthelsetjenester blant innvan-

drere. Evalueringen av tilskudd til forskning ble ferdigstilt i 2009, jf. omtale under kap. 732, post 78. Det vil bli igangsatt evaluering av flere av de andre områdene i 2011.

Oppfølging av Vest-Tank ulykken

De sentrale helsemyndigheter bestemte i 2008 at befolkningen i kommunene Gulen og Masfjorden skulle tilbys en helseundersøkelse som en oppfølging av Vest-Tank ulykken i Gulen i mai 2007. Helse Vest RHF har gjennom Helse Bergen HF tatt et ansvar for å gjennomføre en slik oppfølgingsundersøkelse. De planlagte undersøkelsene går imidlertid utover spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Det ble bevilget 2,5 mill. kroner i 2009 og 2010 til Helse Vest RHF for å dekke deler av de kostnader som Helse Vest RHF har hatt i tilknytning til helseundersøkelsen i Gulen og Masfjorden. Tilskuddet vil bli videreført i 2011.

Post 70 Særskilte tilskudd

Hovedregelen er at tildeling til basisbevilgningene til regionale helseforetak skjer over postene 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post, post 70. Det foreslås å flytte tilskudd til Sikkerhetsavdeling Dikemark til kap. 732, post 72. Bevilgningsforslaget under post 70 på 370,8 mill. kroner dekker i 2011 tilskudd til formål som går fram av tabell 5.5.

Tabell 5.5 Bevilgningsforslag under post 70

	(i mill. kroner)
Kreftregisteret	93,1
Luftambulansetjenesten	71,3
Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter	27,7
Sykestuefinansiering	8,2
Omlegging av arbeidsgiveravgift	142,4
Pilotprosjekt screening for tykk- og endetarmskreft	25,0
Ny særreaksjonsordning	3,0
Pilotsykehusprosjektet – kun rapportering	

Kreftregisteret

Kreftregisteret, en enhet i Oslo universitetssykehus HF, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hovedmål er registre-

ring, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Kreftregisterforskriften. Det ble bevilget 87,4 mill. kroner til Kreftregisteret i 2009 til drift.

Ifølge mål om registerets komplettethet skal minst 98 pst. av alle kreftdiagnoser i Norge være registrert i Kreftregisteret. Kvalitetsundersøkel-

ser av data ved Krefregisteret har vist en kompleksitet av kreftdiagnoser på 98,8 pst. For en nærmere omtale av status for intern kryptering av de sentrale helseregistrene, vises det til omtale under kap. 782. Brystkreftprøver som ledd i mammografiprogrammet og livmorhalsprøver tatt i og utenfor screeningprogrammet er 100 pst. rapportert. For omtale av manglende samtykke til permanent lagring av negative funn i mammografiprogrammet og livmorhalsprogrammet vises det til kap. 780 Forskning.

For å få komplette data over diagnostisk utredning, primærbehandling, sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon, -modalitet og -utfall samt senvirkninger av behandling er det etablert kvalitetsregistre i nært samarbeid med de respektive organers faggrupper. Arbeidet med elektronisk overføring av patologimeldinger og kliniske kreftmeldinger til Krefregisteret er videreført gjennom prosjektet Krefregisterets elektroniske meldetjeneste (Kremt) fra 2006–2009.

Ved årsskiftet 2008/2009 drev eller deltok Krefregisteret i 113 forskningsprosjekter. Flere av studiene er basert på internasjonalt samarbeid, ofte koordinert med WHO's forskningssenter IARC (International Agency for Research on Cancer). Sammen med kollegaer fra andre forskningsmiljøer publiserte Krefregisterets ansatte 102 vitenskapelige artikler i internasjonalt anerkjente fagtidsskrifter i 2009. Krefregisteret driver forskning på risikofaktorer for kreftutvikling, registerbasert klinisk forskning og kvalitetsovervåking av diagnostikk og behandling.

Publikasjonen Cancer in Norway 2008 inneholder data over alle krefttyper, fordelt på bl.a. kjønn og alder og med fylkesvise inndelinger.

Krefregisteret vil fortsette sitt arbeid innenfor registrering, forskning, rådgivning og informasjon. Arbeidet i 2011 vil være rettet mot fortsatt etablering av diagnose-, behandlings- og oppfølgingsregistre (kvalitetsregistre) for en rekke kreftformer i Krefregisteret. Etableringen av et enhetlig IT-system skal håndtere elektronisk overføring av kreftmeldinger samt registrering og koding av mottatte meldinger. Dette systemet skal understøtte utbyggingen av kvalitetsregistrene. Det foreslås et tilskudd på 93,1 mill. kroner i 2011. Det vises også til egen omtale av screening for kolorektal kreft under denne posten.

Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten ANS ble opprettet 1. januar 2004, og eies av de fire regionale helseforetakene. Luftambulansetjenesten ANS er et felles

ansvarlig selskap som ivaretar den operative del av luftambulansetjenesten, herunder tiltak av nasjonal karakter. Luftambulansen ANS er finansiert gjennom tilskudd fra de fire eierne, beregnet ut fra aktiviteten i den enkelte region, og gjennom tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til dekning av felleskostnader. I 2010 ble det gitt et tilskudd på 69,2 mill. kroner til luftambulansetjenesten over kap. 732, post 70. For 2011 foreslås et tilskudd på 71,3 mill. kroner til luftambulansetjenesten.

Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og grunnlag for autorisasjon som lege eller fysioterapeut, jf. også omtale under kap. 783, post 61. Tilskuddet skal kompensere turnusstedet (helseforetak og private opptreningsinstitusjoner) for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes av basisbevillingene til de regionale helseforetakene (kap. 732, postene 72–75).

Det årlige tilskuddet per turnusplass er 26 600 kroner i 2011, og utbetales til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med.

Det fordeles om lag 450 turnusplasser for leger i sykehus hvert halvår. Helsedirektoratet innhenter gjennom Statens autorisasjonskontor for helsepersonell oversikt over hvor mange turnusplasser for leger som er opprettet. Forskning viser at medisinerere som er utdannet i Nord-Norge har større tilbøyelighet til å arbeide som lege i Nord-Norge enn kandidater fra utdanningssteder. Det er i samsvar med dette etablert en ordning der medisinerere med bostedsmessig tilknytning til Nord-Norge gis forrang ved tildeling av turnusplass i landsdelen.

Ut fra positive erfaringer med gruppebasert veiledning av turnusleger i kommunehelsetjenesten, opprinnelig i de fire nordligste fylkene, er det etablert forsøk med gruppebasert veiledning av turnusleger i sykehus i Nord-Norge. Tredelt turnus med psykisk helsevern er innført som prøveordning ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, og ordningen skal evalueres.

Antall turnusplasser for fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten er om lag 150 per halvår. Turnusordningen for fysioterapeuter administreres

av Fylkesmannen i Troms, Hordaland og Oslo og Akershus.

Det foreslås et tilskudd på 27,7 mill. kroner i 2011. Midlene vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentene for 2011.

Sykestuefinansiering

Forsøksordningen med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark ble etablert i 2009, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2008–2009). Det ble lagt opp til at forsøksordningen skulle pågå i inntil to år med mulighet for evalueringer og justeringer i løpet av forsøksperioden. Forsøksordningen skal omfatte spesialisthelsetjenester som utføres i kommunale sykestuer. Kommunene registrerer og rapporterer aktivitet i sykestuene til Norsk pasientregister (NPR) – til et midlertidig register som er etablert i forsøksperioden.

Rapportert aktivitet for 2009 viser at de vanligste innleggelsestilstandene er sykdommer i luftveier (bl.a. kols), hjerte-kar lidelser, allmenne og mer diffuse lidelser (observasjonspasienter), psykiske lidelser og rus, lidelser i muskel-skjelett- og fordøyelsessystemet. Aktivitetsdataene viser at 83 pst. av pasientene er innskrevet fra hjemmet, 11 pst. fra sykehus og 6 pst. fra andre institusjoner. I 2009 ble 63 pst. utskrevet direkte til hjemmet og 25 pst. ble henvist videre til sykehus. Øvrige ble overført til andre institusjoner og 2,3 pst. døde i sykestue. Aldersfordelingen viser at 25 pst. er under 50 år og 25 pst. i aldersgruppen 50–70 år. Videre er 50 pst. eller halvparten over 70 år, derav 26 pst. over 80 år.

Samarbeidsmodellen er i god utvikling, men det tar tid å etablere mer faglig standardisert og entydig bruk av sykestuene. Det pågår et arbeid med å øke kompetansen i sykestuene, både gjennom faglige nettverk og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten. Modellen er relevant i et samhandlingsperspektiv mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Forsøksordningen utvides med ytterligere ett år. Hensikten er å videreutvikle samarbeidsmodellen mellom kommunene og helseforetak, samt å evaluere prosjektet. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 8,2 mill. kroner i 2011.

Omlægging av arbeidsgiveravgift

I 2004 ble det gjennomført en omlægging i den norske ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift. Omlæggingen innebar opprettholdelse av nullsats for tiltakssonen i Nord-Troms og Finnmark, mens det for øvrige soner skulle brukes høyeste sats (14,1 pst.). I 2004 ble det innført en

kompensasjonsordning til helseforetakene for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift. Fra 1. januar 2007 ble differensiert arbeidsgiveravgift gjeninnført i store deler av landet. Ordningen omfatter hele Nord-Norge og mange enkeltkommuner i landet for øvrig. Kompensasjonsbeløpet til de regionale helseforetak ble som følge av omleggingen i 2007 redusert. Kompensasjonsbeløpet foreslås videreført i 2011 med 142,4 mill. kroner, med fordeling mellom regionale helseforetak som i tabell 5.6.

Tabell 5.6 Kompensasjon arbeidsgiveravgift

	(i mill. kroner)
Helse Sør-Øst RHF	21,0
Helse Vest RHF	24,6
Helse Midt-Norge RHF	25,1
Helse Nord RHF	71,7

Pilotprosjekt screening for kreft i tykk- og endetarm

Kreft i tykktarm og endetarm (CRC – kolorektal cancer) er den hyppigst forekommende krefttypen samlet for begge kjønn i Norge, og forekomsten er økende både for kvinner og menn. Årlig antall nye tilfeller i Norge er om lag 3500 og 90 pst. av tilfellene diagnostiseres etter 50 år. Årlige dødsfall er om lag 1500. Kreft i tykktarm har økt forekomst i lavere sosioøkonomiske grupper.

Helse- og omsorgsdepartementet vil avvente Helsedirektoratets samlede vurdering i saken før man vedtar oppstart av pilotprosjekt for screening av kolorektal kreft. Dersom det tilrås innføring tildeles midlene Helse Sør-Øst RHF og pilot settes i verk i to helseforetak. Dersom Helsedirektoratet ikke skulle tilrå innføring av tarmscreening i Norge, fordeles det avsatte beløp mellom de fire regionale helseforetakene etter inntektssystemet.

Det anslås at kostnadene for et pilotprosjekt, herunder nasjonale sekretariatsoppgaver, for screening av tykk- og endetarmskreft for en gruppe av befolkningen i to helseforetak vil utgjøre 25 mill. kroner det første året. De nasjonale sekretariatsoppgavene tillegges Kreftregisteret.

Kostnadene i piloten fordeler seg slik:

- Nasjonalt sekretariat (investeringer) 4,6 mill. kroner
- Nasjonalt sekretariat (årlig drift) 9,5 mill. kroner
- 2 pilotprosjekt (investeringer) 5,9 mill. kroner
- 2 pilotprosjekt (årlig drift) 5,0 mill. kroner

Det foreslås satt av 25 mill. kroner til et pilotprosjekt, herunder nasjonale sekretariatsoppgaver, for screening av tykk- og endetarmskreft i 2011. Pilotprosjektet vil bli evaluert. Utgiftene per år til et eventuelt landsdekkende permanent screeningprogram vil bli høyere.

Ny særreaksjonsordning

Det vises til omtale under kap. 764, post 60, og kap. 734, post 21. I forbindelse med forslag om innføring av en ny særreaksjonsordning for utilregnelige lovbrøtere som begår vedvarende og grov, samfunnskadelig kriminalitet, foreslås det et tilskudd på 3 mill. kroner til utredning i spesialisthelsetjenesten.

Pilotsykehusprosjektet

Det ble tildelt 8 mill. kroner til pilotsykehusprosjektet over denne posten i 2009, med tidsrammen 2009–2010. Pilotsykehusprosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, regionale helseforetak, KS/kommuner, representanter for brukerorganisasjoner og arbeidsorganisasjonene i helseforetakene. Prosjektet har som målsetting å prøve ut nye driftsformer eller skape prosesser gjennom ulike metodikk, som bygger på samarbeid, og som evner å utnytte kompetanse, ny teknologi og god organisering til det beste for pasientene. I tillegg er det en målsetting at prosjektet skal bidra til at de ansatte får gode utviklingsmuligheter, er nyskapende og inspirerende for andre. I løpet av høsten 2010 skal prosjektene gjennomføre en egnevaluering og det skal avholdes en oppfølgingskonferanse.

Post 72–75 Basisbevilgning til regionale helseforetak

Basisbevilgningene utgjør om lag tre fjerdedeler av overføringene fra staten til de regionale helseforetakene og skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. I tråd med regjeringens forslag, er det innført et nytt inntektssystem (jf. Magnussenutvalget) i 2009 og 2010 som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Inntektssystemet er bygd opp av såkalte behovs- og kostnadsindekser, slik det også er i inntektsutjevningen i kommunesektoren.

Nedenfor følger forslag med bevilgningsmessige konsekvenser for basisbevilgningene samt oppdatering av inntektssystemet i 2011.

Aktivitetsvekst på om lag 1,4 pst.

Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,4 pst. på nasjonalt nivå fra anslag for 2010, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2010. Innenfor den samlede aktivitetsveksten på om lag 1,4 pst. er det ved budsjettering av poliklinisk aktivitet lagt vekt på å understøtte målet om høyere prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilsvarende 5 pst. vekst fra anslag for 2010 til 2011. Videre er det prioritert å øke tilgjengeligheten til radiologiske undersøkelser i offentlige helseforetak og private institutt, jf. forslag om styrking nedenfor. Samlet legges det opp til en vekst i poliklinisk aktivitet ved offentlige helseforetak (kap. 732, post 77) på om lag 4,5 pst. fra anslag for 2010 til 2011. For pasientbehandling som omfattes av ISF-ordningen (kap. 732, post 76) legges det til rette for en vekst på 1,1 pst. fra anslag for 2010 til 2011.

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

Det foreslås å øke de regionale helseforetakenes basisbevilgning i 2011 med 733,9 mill. kroner med følgende fordeling:

- 398,7 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 139,0 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 105,4 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 90,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

For å understøtte en vridning fra døgnbehandling til poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern, foreslås det å flytte til sammen 27,7 mill. kroner fra basisbevilgningene til de regionale helseforetakene til kap. 732, post 77, Polikliniske refusjoner med følgende fordeling:

- 15,0 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 5,2 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 4,0 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 3,4 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Tiltak for å øke aktiviteten innenfor poliklinisk radiologi

Det er ventetid på polikliniske radiologiske undersøkelser generelt, men særlig for MR- og CT-undersøkelser. Enkelte pasienter som venter på radiologisk undersøkelse, har fått tilbud fra private radiologiske institusjoner om kortere ventetid dersom de betaler hele kostnaden selv. Denne

situasjonen har medført at en del pasienter betaler hele kostnaden for egen undersøkelse. Det antas også å være overforbruk av enkelte radiologiske undersøkelser. Dette mener departementet er uheldig.

Det er en målsetning å sikre at radiologiske undersøkelser anvendes riktig, herunder at det legges til rette for at prioriteringer foretas i tråd med nasjonale retningslinjer, veiledere og rammeverk, både med hensyn til hastegrad og valg av undersøkelse. Etter departementets vurdering er ventetidene innenfor radiologi for lange. For pasienter med mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom er det spesielt viktig at nødvendige radiologiske undersøkelser gjøres raskt. Det er derfor behov for å øke den totale kapasiteten for radiologiske undersøkelser og samtidig å sikre bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten. For å øke tilgjengeligheten til radiologiske undersøkelser i 2011 foreslås det bevilget til sammen 66 mill. kroner. For å oppnå målsetningen om bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten innenfor radiologi, er det også viktig å sikre at henvisningene gir mulighet for å vurdere hastegrad for den enkelte pasient. Videre må det sørges for bedre informasjon til pasientene fra den som henviser. Gjennom blant annet Fritt sykehusvalg kan pasienter selv velge hvilket sykehus den radiologiske undersøkelsen skal foregå.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i oppdragsdokumentet for 2011 stille krav om at de regionale helseforetakene øker behandlingsskapasiteten innenfor polikliniske radiologiske undersøkelser, særlig innenfor MR og CT. Dette gjelder spesielt for pasienter hvor det er mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom (jf. pasientrettighetslovens § 2–2, 4. ledd). Departementet understreker at det er viktig at prioriteringer mellom pasienter foretas i tråd med nasjonale retningslinjer, veiledere og gjeldende lovverk. Et aktuelt tiltak kan være å vurdere utvidet åpningstid for radiologiske undersøkelser på kveldstid for å øke utnyttelsesgraden av dyrt utstyr i sykehuse- ne. Regionale helseforetak må vurdere krav om økt kjøp av radiologiske tjenester hos private aktører opp mot økt kapasitet i hvert enkelt helseforetak. Det foreslås å øke de regionale helseforetakenes basisbevilgning i 2011 med 44 mill. kroner med følgende fordeling:

- 23,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 8,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 6,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 5,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

I tillegg kommer forslag om å styrke kap. 732, post 77, med 11 mill. kroner og kap. 2711, post 76, med 11 mill. kroner.

I tillegg til å øke aktiviteten er det viktig å sikre lik og riktig tilgang til radiologiske undersøkelser. Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrevet for 2010 bedt Helsedirektoratet å utarbeide nasjonale retningslinjer/veiledere for bruk av radiologi i allmennpraksis og gjennomgå nasjonale retningslinjer og veilede med formål å vurdere hvordan anbefalinger knyttet til bruk av radiologi kan påvirke ressursituasjonen innen radiologiområdet generelt. Arbeidet skal ferdigstilles i 2011.

Økt kapasitet innen rusbehandling

Det foreslås en styrking på 20 mill. kroner til økt kapasitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling med følgende fordeling:

- 10,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 3,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 2,9 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

Tilbud om utvidet nyfødtscreening

I 1978 fikk alle nyfødte tilbud om screening for den arvelige stoffskiftesykdommen fenylketonuri, tidligere kalt Føllings sykdom. Året etter ble screeningen utvidet til medfødt hypotyreose. I de senere år har det skjedd en betydelig teknologisk utvikling i muligheten for å screene nyfødte for medfødte arvelige stoffskiftesykdommer basert på samme blodprøve. En bredt sammensatt arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet har anbefalt at dagens nyfødtscreening utvides med 21 nye arvelige sykdommer. Helsedirektoratet støtter forslaget.

Departementet vil innføre landsdekkende tilbud om utvidet nyfødtscreening for til sammen 23 sykdommer i løpet av 2011. Mange land har innført eller er i ferd med å innføre nyfødtscreening for en rekke sjeldne stoffskiftesykdommer, herunder Danmark og Sverige. Felles for alle sykdommene er at det finnes effektiv behandling som vil forhindre død eller begrense varig funksjonshemming ved å begynne behandling før barnet får symptomer. Alle sykdommene er enkeltvis sjeldne.

Innføring av et utvidet screeningprogram for nyfødte krever endring i forskrift om genetiske masseundersøkelser gitt med hjemmel i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi.

Nyfødtscreening er en nasjonal oppgave, og landsfunksjonen er lokalisert til Oslo universitets- sykehus HF, Rikshospitalet. Alle blodprøver sen-

des dit for analyse. For hver analyse sendes en regning til helseforetaket der barnet er født.

Utvidelse av screeningsprogrammet vil innebære økte kostnader, og det foreslås å bevilge 14 mill. kroner til kap. 732, post 72, Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF. I tillegg foreslås det å øke bevilgningen under kap. 720, post 01, Helsedirektoratet med 1 mill. kroner som får ansvar for informasjon til befolkningen, foreldre og helsepersonell.

Ny refusjonsordning for helsehjelp i utlandet

Det vises til budsjettproposisjonen for 2010 der det ble varslet en ny refusjonsordning for helsehjelp i andre EØS-land. Det vises til nærmere omtale under programområde 30. Den nye ordningen skal etter planen settes i verk 1. januar 2011. Ordningen vil gi norske pasienter større valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelp i Norge eller andre EØS-land. Refusjonsordningen skal gjelde det EU-domstolen karakteriserer som «ikke-sykehusbehandling», det vil i første rekke si helsehjelp utenfor sykehus. Ordningen vil likevel omfatte helsehjelp som mottas på sykehus uten overnatting eller behov for ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling. Refusjon skal gis for helsehjelp som pasienten ville fått på det offentlige bekostning (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår. Ordningen skal administreres av Helsedirektoratet (Helfo). Refusjonsutgiftene for spesialisthelsetjeneste vil bli belastet regionale helseforetaks basisbevilgninger. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (bl.a. ISF-refusjon og poliklinikkrefusjon) for helsehjelp som pasienter får under denne ordningen.

Opptreningsinstitusjoner

De regionale helseforetakene har inngått avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Tilbudet i de private institusjonene er en del av det helhetlige tilbudet i den enkelte helseregion. De private institusjonene gir tilbud på ulike områder som arbeidsrettet rehabilitering, muskel-/skjelettlidelser, nevrologisk rehabilitering, ortopedisk rehabilitering, revmatologisk rehabilitering, slagrehabilitering mv. Flere av institusjonene har også avtale under ordningen Raskere tilbake. Helse- og omsorgsdepartementet vil i oppdragsdokumentene til hvert av de fire regionale helseforetakene for 2011 pålegge kjøp av tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i minst like stor grad som i 2010.

Forskning – samhandling

I 2010 er det stilt krav i oppdragsdokumentene om at minst 15 mill. kroner av den del av basisbevilgningen som helseforetakene bruker til forskning, skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det foreslås at kravet videreføres i 2011.

Utførende helsepersonell i ISF – utvidelse av beregningsgrunnlag for poliklinisk refusjon utført av sykepleiere/jordmor og psykologer fra 2011

I ISF-regelverket for 2009 ble vilkåret for å bli inkludert i beregningsgrunnlaget for poliklinisk ISF-refusjon utvidet til å omfatte flere utførende helsepersonell enn lege. Det vises til forslag under kap. 732, post 76, Innsatsstyrt finansiering, der det foreslås en ytterligere utvidelse fra 2011 i beregningsgrunnlaget for poliklinisk ISF-refusjon utført av sykepleiere/jordmor og psykologer. Utgifter til polikliniske konsultasjoner som ekskluderes fra dagens ISF-grunnlag dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Det foreslås å flytte 9 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kap. 732, post 76, med følgende fordeling:

- 4,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 1,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 1,3 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 1,1 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Utførende helsepersonell i ISF – innføring av egenandeler fra 1. januar 2010

Det vises til Prop. 1 S (2009–2010) der det ble varslet endringer i forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp fra 1. januar 2010 slik at helsehjelp som utføres poliklinisk av enkelte andre grupper helsepersonell enn lege, kan kreve egenandel. Dette må sees i sammenheng med at enkelte spesialisthelsetjenester utført av andre helsepersonellgrupper fra 1. januar 2009 kunne utløse ISF-refusjon. Sykehusene har fått økte egenandelsinntekter fra 1. januar 2010 som følge av endringen. Kap. 732, postene 72–75, ble derfor redusert med 15 mill. kroner ved Stortingets behandling av Prop. 125 S (2009–2010) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2010.

Det foreslås å redusere basisbevilgningene til de regionale helseforetakene med til sammen 15,6 mill. kroner i 2011 med følgende fordeling:

- 8,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 2,9 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 2,3 mill. kroner fra kap. 732, post 74

- 2,0 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Sykehusene vil få disse inntektene kompensert ved økte egenandeler betalt av pasientene tilsvarende 6,3 mill. kroner. Gjennom statlige refusjonsordninger vil det bli refundert egenandeler for pasienter som kommer inn under takordningene eller er fritatt for egenbetaling tilsvarende 9,3 mill. kroner. Bevilgningen under kap. 732, post 77, og kap. 2752, post 70, foreslås satt opp hhv. 3,1 og 6,2 mill. kroner.

Avvikling refusjon fysioterapi for sykehusansatte fra 1. januar 2010

Noen helseforetak har krevd takster og egenandeler etter takstsystemet for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Denne ordningen er avviklet fra 2010, jf. Prop. 1 S (2009–2010). For å kompensere de regionale helseforetakene for inntektsbortfallet ble 35 mill. kroner flyttet fra kap. 732, post 77, til basisbevilgningene, kap. 732, postene 72–75. Nye anslag viste at refusjonsutbetalingene var noe høyere, og det ble derfor flyttet ytterligere 8 mill. kroner fra kap. 732, post 77, til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger kap. 732, postene 72–75, ved Stortingets behandling av Prop. 125 S (2009–2010) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2010. Det foreslås å flytte 8,2 mill. kroner fra kap. 732, post 77, til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 4,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,6 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1,0 mill. kroner til kap. 732, post 75

Organisatoriske endringer

ISF-ordningen refunderer det enkelte sykehusopphold. En relativt vanlig organisatorisk endring er sammenslåinger som ofte innebærer bruk av felles pasientadministrativt system. Som en engangseffekt overføres et tilsvarende beløp fra ISF-ordningen til basisbevilgningen. Fra 2009 ble tre rapporteringsenheter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slått sammen til en rapporteringsenhet. Det foreslås å flytte 10,9 mill. kroner fra kap. 732, post 76, til kap. 732, post 75.

Sikkerhetsavdeling Dikemark

I 2010 bevilges det 9,2 mill. kroner over kap. 732, post 70, til drift av observasjonsenheten ved regional sikkerhetsavdeling ved Dikemark. Midlene

utbetales til Helse Sør-Øst RHF. Det foreslås å flytte og bevilge 9,5 mill. kroner til denne enheten fra kap. 732, post 70, til kap. 732, post 72.

Radio Medico

Radio Medico er en medisinsk rådgivningstjeneste for skip. Tjenesten håndterer om lag 1000 henvendelser i året og er i første rekke ment som et medisinsk tilbud for utenriksflåten. Tilbudet finansieres i dag over folketrygdens kap. 2711, post 70, Spesialisthjelp.

St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap påpeker at Norges internasjonale forpliktelser gjør det nødvendig med en styrking av det medisinske tjenestetilbudet til sjøfolk. På bakgrunn av Stortingets behandling av St.meld. nr. 43 (1999–2000) ble Norsk senter for sjøfartsmedisin opprettet og det ble foreslått en faglig samordning med rådgivningstjenesten til skip. Norsk senter for sjøfartsmedisin er tilknyttet Helse Bergen HF.

Det foreslås at finansieringsansvaret for Radio Medico overføres til Helse Vest RHF og legges under Helse Bergen HF tilknyttet Norsk senter for sjøfartsmedisin. Det foreslås overført 0,8 mill. kroner fra kap. 2711, post 70, til kap. 732, post 73, Basisbevilgning Helse Vest RHF til drift av tjenesten. Det er behov for en teknologisk oppgradering av tjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til dette.

Norsk vitenskapsindeks

For å styrke dokumentasjonssystemene for forskning skal det fra 2011 etableres et helhetlig nasjonalt forskningsdokumentasjonssystem Cristin i universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren og i helsesektoren. Cristin skal bidra til bedre dokumentasjon og økt tilgjengeliggjøring av forskningsresultater.

Dokumentasjonssystemet vil omfatte en felles nasjonal database for vitenskapelig publisering kalt Norsk vitenskapsindeks (NVI). NVI skal brukes som rapporteringsverktøy og danne grunnlaget for de resultatbaserte finansieringssystemene for forskning i helseforetakene, universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren.

Cristin skal etableres som et forvaltningsorgan med hjemmel i universitets- og høyskolelovens § 1–4 med Universitetet i Oslo som vertsinstitusjon. Det foreslås at økte kostnader knyttet til etablering av NVI skal dekkes av Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Det foreslås å overføre 3 mill. kroner til Kunn-

skapsdepartementets kap. 281, post 01, Driftsutgifter, Felles tiltak for universitet og høyskoler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger etter følgende fordeling:

- 1,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,4 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,4 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Medikamentelt utførte svangerskapsavbrudd

Det skal startes et to års prøveprosjekt som gir privatpraktiserende gynekologer med avtale med regionale helseforetak (avtalespesialister) adgang til å tilby medikamentelt utført svangerskapsavbrudd (abortpille) som hjemmebehandling før utgangen av 9. svangerskapsuke. Det skal opprettes samarbeidsavtaler med sykehus med hensyn til medikamentutdeling og håndtering av øyeblikkelig hjelp dag og natt. Prosjektet vil omfatte Østlandsområdet/Stavanger og skal evalueres.

Inntektssystem for regionale helseforetak

Magnussen-utvalgets forslag til ny fordeling av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene (NOU 2008: 2) er innført gjennom vekst i inntektsrammen i 2009 og 2010, med følgende justeringer:

- Utvalgets forslag om økning i gjestepasientprisene gjennomføres ved at de økonomiske virkningene hensyntas i basisbevilgningene og ikke gjennom regionvise avtaler.

- Dagens tilskudd til forskning evalueres, og utvalgets forslag til endring i tilskuddet vurderes først når evalueringen foreligger.

Videre ble det lagt til grunn at Helse Sør-Øst RHF ikke skulle få redusert sin basisbevilgning. I 2009 ble det derfor bevilget til sammen 600 mill. kroner til Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. I 2010 ble det bevilget ytterligere 525 mill. kroner til Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF.

Det vises til omtale av evalueringer under kap. 732, post 21 og kap. 732, post 78.

Systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene er bygd opp av såkalte behovs- og kostnadsindekser, slik det også er i inntektsutjevningen i kommunesektoren. De ulike behovs- og kostnadsindeksene samles i en ressursbehovsindeks som beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionalt helseforetak relativt til landsgjennomsnittet. Ressursbehovsindeksen vil bli endret hvert år som følge av oppdatering av nye befolkningskriterier, kostnadsandeler og sosiale kriterier. Ressursbehovsindeksen er påvirket av kostnadsandelene til somatikk, psykisk helse, rusbehandling og pre-hospitale tjenester.

Departementet har oppdatert modellen med siste tilgjengelige statistikk for befolkning, alder, kostnadsandeler og ulike sosiale kriterier. Oppdateringene fører til en ny ressursbehovsindeks, andel befolkning og en fordelingsnøkkel per region for 2011 som vist i tabell 5.7.

Tabell 5.7 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2010 og 2011

	Ressursbehovsindeks		Andel befolkning per		Fordelingsnøkkel ¹	
	2010	2011	01.01.2009	01.01.2010	2010	2011
Helse Sør-Øst RHF	97,6	97,5	0,5570	0,5572	0,5437	0,5433
Helse Vest RHF	91,0	90,9	0,2077	0,2083	0,1891	0,1895
Helse Midt-Norge RHF	103,5	103,6	0,1388	0,1386	0,1437	0,1436
Helse Nord RHF	128,0	129,0	0,0966	0,0958	0,1236	0,1236
Norge	100,0	100,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

¹ Fordelingsnøkkel for inntektsgrunnlaget til de regionale helseforetakene. I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Den nye inntektsmodellen ble etablert i 2010 og endringer i fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene i 2011 skjer som følge av oppdatering av de ulike kriterieverdiene. Oppgaveendringer fra 2010 til 2011 vil også påvirke fordelingen.

Tabell 5.8 viser de samlede endringene i 2011 etter pris- og lønnsjustering og oppgaveendring for 2011. Som tidligere år er også effekten av kapital og gjestepasientoppgjør innarbeidet.

Tabell 5.8 Endring i basisbevilgning 2011 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør

	Bevilgning i mill. kroner (i pst. av basisbevilgningen)
Helse Sør-Øst RHF	-49 (-0,1 %)
Helse Vest RHF	33 (0,2 %)
Helse Midt-Norge RHF	6 (0,1 %)
Helse Nord RHF	10 (0,1 %)
Sum	0

Post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2009 og status 2010 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet. For 2011 foreslås bevilget 42 044 mill. kroner over post 72 til Helse Sør-Øst RHF.

Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2009 og status 2010 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet. For 2011 foreslås bevilget 14 669 mill. kroner over post 73 til Helse Vest RHF.

Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2009 og status 2010 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet. For 2011 foreslås bevilget 11 164 mill. kroner over post 74 til Helse Midt-Norge RHF.

Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2009 og status 2010 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet. For 2011 foreslås bevilget 9 920 mill. kroner over post 75 til Helse Nord RHF.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes sørgeforansvar. Innsatsstyrt finansiering er derfor rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange, og hva slags, pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er ikke høyest mulig aktivitet, men at aktivitetsmålet kan oppnås ved bruk av basisbevilgning og ISF-refusjoner på en mest mulig effektiv måte. Dersom omfanget av pasientbehandling blir lavere enn forutsatt vil de regionale helseforetakenes inntekter gå ned. Ved en høyere aktivitet enn forutsatt blir kostnadene bare delvis kompensert gjennom ISF-ordningen. Refusjonene er i gjennomsnitt ikke ment å dekke alle ekstra kostnader ved økt behandlingsskapasitet (marginalkostnader) og heller ikke mer enn anslagsvis 40 pst. av gjennomsnittskostnadene for aktuelle pasientgrupper. Aktivitetsbasert finansiering stimulerer til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling. ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem. Prioriteringene skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter (bl.a. prioriteringsforskriften) angir. Derimot skal basisbevilgningen brukes til å understøtte ønsket prioritering. De aktivitetsbaserte utbetalingene skal avspeile reell behandlingsaktivitet.

Nærmere om finansieringsordningen

ISF-ordningen gjelder for somatisk pasientbehandling og omfatter både innleggelses- og poliklinisk virksomhet. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen er 40 pst. av gjennomsnittlige behandlingsskostnader. De øvrige 60 pst. av kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, postene 72–75. Prisen som regionale helseforetak betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger på

Boks 5.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG (diagnoserelaterte grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av aktiviteten ved å klassifisere sykehusopphold i et begrenset antall grupper. Det er i alt om lag 850 diagnoserelaterte grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Grupperingen bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 8000 prosedyre- eller tiltakskoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjemativering og forenkling av den kliniske virkeligheten og innebærer at det innenfor hver diagnosegruppe vil være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittsoopholdet.

Hver enkel DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det relative ressursforbruk for en pasientbehandling i forhold til gjennomsnittet for alle pasientbehandlinger. Mens gjennomsnittsbehandlingen som gir DRG-poeng har en kostnadsvekt på om lag 0,2, vil de mest ressurskrevende behandlingene ha en kostnadsvekt på om lag 27. Dette gjelder for eksempel levertransplantasjoner. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 135 ganger høyere enn for gjennomsnittspasienten. Gjennomsnittlig kostnadsvekt er om lag 1,3 for døgnbehandling og 0,026 for polikliniske konsultasjoner. De minst ressurs-

krevende polikliniske kontaktene har en vekt på 0,011. I 2009 ble det gjennomført 5,4 mill. ISF-finansierte behandlinger fordelt på 1,4 mill. døgn- og dagbehandlinger og 4 mill. polikliniske konsultasjoner. Døgn- og dagbehandlingene utgjorde alene over 700 000 pasienter.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall sykehusopphold
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (40 pst. av enhetspris i 2011)

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng framkommer som et produkt av antall sykehusopphold og gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke som følge av at pasientene som gruppe er blitt mer ressurskrevende å behandle, men også at det har skjedd endringer i registreringspraksis. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke det medføre økte kostnader for sykehusene og derfor skal det heller ikke utbetales ISF-refusjon for dette. Sykehusene ville i så fall fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for reelt sett samme aktivitet. Dette er i strid med intensjonen i ISF-ordningen.

bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til størrelsen på ISF-refusjonen. ISF bygger på DRG-systemet som omfatter om lag 850 diagnoserelaterte grupper (se boks 5.1 for nærmere forklaring av ISF-ordningen). Innenfor hver enkelt pasientgruppe (DRG) kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Årlige revisjoner av kostnadsvektene og DRG-systemet skal imidlertid sikre at refusjonene i størst mulig grad avspeiler kostnadsforholdene. Målsetningen om en mest mulig oppdatert ISF-ordning kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig og det vil ikke være mulig å være a jour med den medisinsk-tekniske utviklingen til enhver tid. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger og arbeider systematisk med å gjøre ISF-ordningen mest mulig riktig og rettferdig.

Kunnskapen om kostnadene ved behandling av den enkelte pasient er for lav. Kostnad per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for en systematisk oppstilling av de tjenester en pasient mottar koblet med den ressursbruken disse tjenestene krever. Departementet har iverksatt et arbeid for å etablere en nasjonal standard for KPP-regnskap. Formålet med dette arbeidet er først og fremst å legge til rette for et sammenliknbart informasjonsgrunnlag for styring og kontroll, herunder kvalitetsarbeid, som kan nyttiggjøres på helseforetaksnivå, regionalt nivå og av sentrale helsemyndigheter. Samme informasjon vil i tillegg kunne utnyttes i kostnadsvektarbeidet og i forbedringen av DRG-systemet. I 2009 ble det etablert et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet med formål å teste ut den nasjonale KPP-spesifikasjonen på et utvalg sykehus. Helsedirektoratet har i 2010 fått i oppdrag å etablere KPP som grunnlag for god virksomhetsstyring i regionale helseforetak og helseforetak, samt å se på hvordan KPP kan inngå som grunnlag for kostnadsvekter i DRG-systemet.

Utbetalinger gjennom ISF-systemet baserer seg på medisinske registreringer av enkeltpasienter på sykehusene. Det forutsettes at retningslinjer for registrering av pasienter og diagnoser følges lojalt i sykehusene. Dersom det er tvil om hva som er medisinsk korrekt registrering, skal dette avklares med Helsedirektoratet. Avregningsutvalget skal gi råd når det foreligger tvil om den medisinske registreringen (kodingen) som ligger til grunn for utbetalingsgrunnlaget. En enhetlig kodepraksis av pasientbehandlingen i sykehus er avgjørende for at ISF-systemet skal oppleves som rettferdig og i størst mulig grad avspeile kostnadene knyttet til behandlingen. Refusjonene utbetales til det regionale helseforetak a konto i 12 terminer basert på budsjettet aktivitet med en endelig avregning året etter basert på faktisk innrapportert aktivitet.

Resultat 2009

I saldert budsjett 2009 var det lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,5 pst. fra 2008 til 2009 med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2008. På dette tidspunkt ble aktivitetsveksten i 2008 anslått til å være 1,2 pst. høyere enn den forutsatte veksten på 1,5 pst. i saldert budsjett 2008. Endelig aktivitet i 2008 ble imidlertid som forutsatt i saldert budsjett for 2008, dvs. 1,5 pst. Saldert budsjett for 2009 var derfor for høyt i forhold til faktisk aktivitet i 2009. Bevilgningen i 2009 ble derfor satt ned med 276,3 mill. kroner som følge av at den tar høyde for en antatt aktivitetsvekst i 2008 som ikke ble oppfylt, jf. Prop. 37 S (2009–2010) og Innst. 89 S (2009–2010).

Foreløpige aktivitetstall for hele 2009 tilsier at utbetalingene for 2009 ble om lag som forutsatt, dvs. om lag 1,5 pst. vekst fra 2008 til 2009. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2009, inkludert eventuelle justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget, i omgrupperingsproposisjonen høsten 2010. Eventuelle mer- eller mindreutbetalinger i 2009 vil på vanlig måte bli motregnet mot a konto utbetalingene til de regionale helseforetakene for 2010.

Status 2010

Vedtatt budsjett og styringskrav for 2010 legger til rette for en aktivitetsvekst på 1,2 pst. fra 2009 til 2010 med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2009, jf. Prop. 1 S (2009–2010) og Innst. 11 S (2009–2010). Foreløpige aktivitetstall for hele 2009 viser at aktivitetsnivået for 2009 er om lag som tidligere lagt til grunn i Prop. 1 S (2009–

2010). Dette innebærer at bevilgningen også legger til rette for en aktivitetsvekst i 2010 på om lag 1,2 pst. på nasjonalt nivå når aktivitetstall for hele 2009 legges til grunn. Prognosen for hele 2010 basert på aktivitetstall for første tertial, gir en aktivitetsvekst på om lag 1 pst. sammenliknet med faktisk aktivitet 2009. Dette er noe lavere enn lagt til grunn i Prop. 1 S (2009–2010), og bevilgningen kan derfor reduseres med 50 mill. kroner. Eventuelle budsjettkonsekvenser av endringer i DRG-systemet, analyser av registreringsendringer og behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget, vil på vanlig måte bli håndtert i den endelige avregningen for 2010.

Mål 2011

For 2011 foreslås det bevilget 19 907,3 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et gjennomsnittlig aktivitetsnivå i 2011 som ligger 1,1 pst. over anslått nivå for 2010. Dette er en prognose basert på aktivitet første tertial 2010, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med 1,1 pst. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Enhetsprisen for ett DRG-poeng foreslås satt til 36 968 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn en prisomregning på 3,1 pst. Enhetsprisen for 2011 er videre fastsatt slik at det ikke utbetales ISF-refusjon for endret registreringspraksis av reelt sett samme aktivitet (jf. boks 5.1). Enhetsprisen er derfor isolert sett satt ned slik at det tilsvarer utbetalinger på om lag 0,3 pst. som er anslått effekt av endret registreringspraksis i 2011. Ny informasjon om endret registreringspraksis og effekter av endringer i ISF/DRG-systemet for antall DRG-poeng fra 2009 til 2010 indikerer at enhetsprisen for 2010 er riktig fastsatt. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som her er lagt til grunn i enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2011.

Utførende helsepersonell

I ISF-regelverket 2009 ble vilkåret for å bli inkludert i beregningsgrunnlaget for poliklinisk ISF-refusjon utvidet til å omfatte flere utførende helsepersonell enn lege.

Konkret innebar endringene følgende:

- Krav om lege som utførende helsepersonell er fjernet når pasientene får en bestemt poliklinisk behandling eller det utføres en poliklinisk diagnostisk prosedyre.

- Øvrige polikliniske kontakter er i større grad differensiert med utgangspunkt i bestemte typer helsepersonell. I hovedsak er ordningen utvidet med konsultasjoner utført av sykepleiere, og i mindre grad med konsultasjoner utført av jordmødre og psykologer.

Analyser av årsdata for 2009 fra Norsk pasientregister viser at om lag 210 000 eller om lag 5 pst. av registrerte og rapporterte polikliniske kontakter er avvist i beregningsgrunnlaget for poliklinisk ISF-refusjon med gjeldende krav til utførende helsepersonell. Det er i alt godkjent om lag 4 mill. polikliniske ISF-konsultasjoner i 2009. Av disse utgjorde polikliniske kontakter utført av annet helsepersonell enn leger om lag 340 000, eller om lag 8 pst. av alle godkjente polikliniske kontakter.

For 2011 legges det opp til en ytterligere utvidelse for polikliniske konsultasjoner utført av sykepleiere/jordmor og psykologer. Endringen medfører at om lag 85 pst. av registrerte og rapporterte sykepleierkonsultasjoner, og om lag 90 pst. registrerte og rapporterte psykologkonsultasjoner inkluderes i ISF-ordningen.

Utgifter til polikliniske konsultasjoner som ekskluderes fra ISF-grunnlaget dekkes i dag over basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, og det foreslås å flytte 9 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning, kap. 732, postene 72–75, til ISF (kap. 732, post 76). En slik utvidelse vil ikke påvirke egenandelsgrunnlaget sammenliknet med endringene i budsjettet for 2010. Årsaken til dette er at endringene i 2011 omfatter utførende helsepersonell som er inkludert i egenandelsgrunnlaget fra 2010.

Poliklinisk fysioterapi

I budsjettet for 2010 er ordningen som innebærer at noen helseforetak kan kreve takster og egenandeler etter takstsystemet for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten avvirket. Endringen innebærer en opprydding og avvikling av en overgangsordning som kun har omfattet noen sykehus. Ordningen har vært basert på manuelle oppgjør og har vært administrativt ressurskrevende. Det er overført 43 mill. kroner til de regionale helseforetakenes basisbevilgning i forbindelse med omleggingen. Helsedirektoratet har anslått at ordningen utgjorde om lag 200 000 konsultasjoner på årsbasis. Ordningen ble administrert av Helfo og aktiviteten ble ikke registrert og rapportert til Norsk pasientregister på lik linje med aktivitet som inkluderes i beregningsgrunnlaget for poliklinisk ISF-refusjon.

I forbindelse med omleggingen har det vært reist spørsmål om ikke også poliklinisk fysioterapi bør inkluderes i ISF. Fysioterapi innen spesialisert rehabilitering inngår i dag i grunnlaget for beregning av DRG-poeng til regionale helseforetak når fysioterapeuter er en del av et tverrfaglig team. Om lag 14 000 slike opphold er med i beregningsgrunnlaget for ISF i 2009. Dette omfatter ikke all poliklinisk fysioterapi. For å skaffe oversikt over omfanget av poliklinisk fysioterapi i helseforetakene er det viktig at aktiviteten registreres og rapporteres. Helse- og omsorgsdepartementet vil stille krav til slik registrering.

Poliklinisk stråleterapi

Polikliniske opphold der strålebehandling er hovedformålet med helsehjelpen, har siden 2008 inngått i grunnlaget for beregning av ISF-refusjon til regionale helseforetak. Fra 2011 vil det bli tatt i bruk en ny ISF-løsning for poliklinisk stråleterapi basert på indikasjon for behandlingen og rapporterte prosedyrekoder, på lik linje med øvrig ISF-finansiert aktivitet. Den nye løsningen skal gi en bedre beskrivelse av den behandlingen som er gitt, samtidig som den skal legge til rette for beregning av stråleterapikostnader basert på faktiske kostnader. Det tas sikte på å inkludere strålebehandling i kostnadsvektarbeidet i 2011, og gå over til kostnadsbaserte vekter i 2012.

Pasientadministrerte legemidler i ISF

I 2011 vil systemet for finansiering av visse typer kostbar pasientadministrert medikamentell behandling i ISF-ordningen bli lagt om. Dette gjelder utvalgte legemidler som brukes i behandling av bl.a. multippel sklerose, revmatiske sykdommer, inflammatorisk tarmsykdom og psoriasis. Fram til og med 2010 har refusjonen vært innrettet etter det enkelte legemiddel, og ikke etter diagnose som er prinsippet for systemet for øvrig. Fra 2011 vil pasientens diagnose og ikke det enkelte legemiddel være bestemmende for antall DRG-poeng. Dette betyr at hver indikasjon vil ha en kostnadsvekt basert på et gjennomsnitt av kostnadene for ulike aktuelle legemidler i behandlingen av den aktuelle sykdommen.

Prosjekt sykestuefinansiering

Det er fra 2009 etablert en forsøksordning med en ny samarbeidsmodell og aktivitetsbasert finansiering av sykestuer i Finnmark. Det vises til omtale under kap. 732, post 70.

Organisatoriske endringer

Det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75.

Post 77 Poliklinisk virksomhet mv.

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomhet. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet inngår også i ordningen.

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 4,4 pst. fra 1. januar 2009. Pasientgebyret ved manglende frammøte til avtalt time ble endret slik at det til enhver tid tilsvarer konsultasjonsegenandel. Egenandelene for poliklinisk behandling økte med 5 pst. fra 1. juli 2009. Merinntekten i forbindelse med økningen ble motsvart av en tilsvarende reduksjon i regionale helseforetaks basisbevilgninger og relevante refusjonstakster.

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 3,1 pst. fra 1. januar 2010. Aldersgrensen for fritak for egenandeler ble økt fra 12 til 16 år. Egenandelene for poliklinisk behandling økte med 4 pst. fra 1. juli 2010. Merinntekten i forbindelse med økningen ble motsvart av en tilsvarende reduksjon i regionale helseforetaks basisbevilgninger og relevante refusjonstakster.

Ordningen med takstrefusjon for fysioterapeutisk virksomhet i noen helseforetak ble avvirket fra 1. januar 2010. I denne anledning er det totalt flyttet 43 mill. kroner fra kap. 732, post 77, til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger over kap. 732, postene 72–75. Det vises til Stortingets behandling av Prop. 1 S (2009–2010) og Prop. 125 S (2009–2010). Det vises også til omtale under kap. 732, postene 72–75 og 76.

Basert på regnskapstall for perioden januar til juni 2010, er samlede utbetalinger i 2010 anslått til 2 280 mill. kroner. Dette er 28 mill. kroner lavere enn saldert budsjett 2010. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 2 pst. i forbindelse med refusjon av egenandeler i forbindelse med somatisk poliklinisk behandling. 4 pst. innenfor barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri/ rusbehandling, 6 pst. innenfor radiologisk virksomhet og 7 pst. innenfor offentlig laboratorievirksomhet. Innføring av automatisk frikort fra 1. juni 2010 har medført at det går kortere tid mellom konsultasjonsdato og refusjonsutbetaling. Dette øker utbetalingene i 2010 som en engangseffekt, uten motstykke i økt aktivitet. Det er tatt høyde for dette i prognosen for 2010 og i budsjettanslaget for 2011. Departementet vil eventuelt komme tilbake

til Stortinget med forslag om endringer i bevilgningen for 2010.

I Prop. 1 S (2009–2010) varslet departementet at refusjonstakstene for psykisk helsevern og rusbehandling skulle gjennomgås med en mulig omlegging i 2011. Gjennomgangen av refusjonstakstene er ikke klar og en eventuell omlegging vil bli vurdert på et senere tidspunkt.

Det skal innføres en ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi fra 1. januar 2012. Ordningen vil baseres på aktivitetsregistrering gjennom et nyutviklet kodeverk. Den nye ordningen vil omfatte både offentlige og private virksomheter. Det legges opp til en videreføring av dagens finansiering som består av aktivitetsbasert refusjon inklusiv egenandeler og medfinansiering gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Beregningen av de ulike refusjonssatsene vil foretas med bakgrunn i kostnadsdata fra et utvalg helseforetak. Foreløpige refusjonssatser vil bli publisert primo 2011. De endelige satsene fastsettes i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2012.

Det foreslås bevilget 2 382,3 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet i 2011. Samlet sett tar forslaget høyde for en vekst i poliklinisk aktivitet på om lag 4,5 pst. fra anslag basert på første halvår 2010 til 2011. Forslaget legger til grunn en vekst på 5 pst. innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra anslag for 2010 til 2011. Videre tar forslaget høyde for økt tilgjengelighet til radiologiske undersøkelser ved at det legges til rette for en generell vekst, hvorav 11 mill. kroner er en styrking til MR og CT-aktivitet. Det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75.

Post 78 Forskning og nasjonale kompetansesentre

Tilskuddet består av to deler:

- Tilskudd til forskning skal være et insentiv og økonomisk bidrag til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet fordeles basert på et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler og avlagte doktorgrader) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Tilskuddet fordeles av samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet. Det er ikke lagt føringer for de regionale helseforetakenes valg av finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.
- Tilskudd til nasjonale kompetansesentre i spesialhelsetjenesten skal gi et økonomisk bidrag

til nasjonale medisinske kompetansesentre og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger (nasjonale kompetansetjenester) i spesialisthelsetjenesten.

Resultat 2009

Samlet bevilgning var 832,3 mill. kroner i 2009. Tilskudd til forskning utgjorde 445 mill. kroner. Det ble registrert 2450 vitenskapelige artikler fra helseforetakene i 2009 (av totalt 9230 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter) og rapportert inn 227 avlagte doktorgrader, en økning med 12 (5,5 pst.) fra året før. Av artiklene publisert i internasjonale tidsskrifter hadde 45 pst. medforfattere i utlandet.

Det ble i 2009 bevilget 387,3 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten, herunder 213,2 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger og regionale fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi. Det ble bevilget 174,1 mill. kroner til Nasjonale medisinske kompetansesentra, jf. rundskriv I-19/2003.

Status 2010

Forskning

Tilskudd til forskning utgjør 458,8 mill. kroner i 2010. Det er en økning i forskningspoeng fra 2008 til 2009.

Tabell 5.9 Gjennomsnittlig årlig poeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader

Helseregionene	Snitt 2002–2004	Snitt 2003–2005	Snitt 2004–2006	Snitt 2005–2007	Snitt 2006–2008	Snitt 2007–2009
	Poengsum	Poengsum	Poengsum	Poengsum	Poengsum	Poengsum ¹
Helse Sør(-Øst)	978,4 (41,3%)	1040,0 (42,1%)	944,7 (39,9%)	1484,3 (60,8%)	1546,5 (58,8%)	1583,9 (59,9%)
Helse Øst	487,1 (20,5%)	508,8 (20,6%)	520,5 (22,0%)			
Helse Vest	497,6 (21%)	536,0 (21,7%)	525,0 (22,2%)	545,3 (22,3%)	596,5 (22,6%)	588,9 (22,3%)
Helse Midt-Norge	254,1 (10,7%)	228,4 (9,2%)	220,7 (9,3%)	233,8 (9,5%)	278,5 (10,6%)	260,6 (9,8%)
Helse Nord	154,7 (6,5%)	158,0 (6,4%)	155,6 (6,6%)	182,5 (7,4%)	210,1 (8,0%)	212,3 (8,0%)
Sum	2372,0	2471,3	2366,4	2445,9	2631,5	2645,7

¹ Poengberegningen for årene 2007–2009 er beregnet ut i fra endret poengberegningssystem og er derfor ikke direkte sammenliknbart med tidligere år.

Sintef Teknologi og samfunn har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2010 evaluert finansieringssystemet for forskning i helseforetakene. Evalueringen er et ledd i oppfølgingen av forslaget i NOU 2008: 2 om å vurdere omfanget av finansieringen av forskning i helseforetakene (Magnussen-utvalget). Evalueringen konkluderer med at det øremerkede og delvis resultatbaserte tilskuddet til forskning fungerer etter intensjonene og sammen med øvrige virkemidler har vært et viktig insentiv for å styrke forskningsaktiviteten i helseforetakene. Det kan vises til en økning i publisering av vitenskapelige artikler, avlagte doktorgrader, omfattende nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid og økte ressurser til fors-

kning etter innføringen av tilskuddet. Rapporten anbefaler derfor at hovedtrekkene i det øremerkede tilskuddet for forskning videreføres.

Evalueringen peker likevel på behov for en endring av tilskuddet for å sikre en lik fordeling av basistilskuddet, som etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, ble videreført slik at Helse Sør-Øst har fått dobbelt så mye basistilskudd som de øvrige regionale helseforetakene. Evalueringen peker også på behov for å justere de resultatbaserte indikatorene noe, spesielt å endre balansen i uttelling mellom doktorgrader og publiserte artikler.

Departementet vil med bakgrunn i evalueringen videreføre hovedtrekkene i dagens finansie-

ringsmodell. Det foreslås å innføre noen mindre endringer i målesystemet som ligger til grunn for tildelingen av det øremerkede tilskuddet til forskning.

Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten

Av bevilgningen i 2010 går 399,3 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten. Herav tildeles 219,9 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger inkludert regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme og 179,4 mill. kroner til Nasjonale medisinske kompetansesentre, jf. rundskriv I-19/2003.

Departementet vil etablere et mer helhetlig system for styring av nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten, jf. omtale innledningsvis under kap. 732. Forslaget til ny regulering og styring av området vil omfatte alle nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten, herunder nasjonale kompetansetjenester for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger, og vil bl.a. innebære at det stilles krav til opprettelse, rapportering og etablering av referansegrupper for alle nasjonale kompetansesentra. Departementet foreslår at nasjonale kompetansesentra betegnes nasjonale kompetansetjenester i tråd med forslag fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Mål 2011

Det foreslås å bevilge 884,7 mill. kroner til henholdsvis forskning og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten.

Forskning

Tilskudd til forskning utgjør 473,4 mill. kroner.

Det foreslås at basistilskuddet til forskning fra og med budsjettåret 2011 settes til 30 pst., dvs. 142 mill. kroner, som fordeles likt mellom de regionale helseforetakene. Videre økes den resultatbaserte delen av tilskuddet til 70 pst., dvs. 331,4 mill. kroner som fordeles mellom de fire regionale helseforetakene etter forskningsresultater for perioden 2007–2009. Dette er i tråd med Magnussen-utvalgets forslag.

For å styrke graden av internasjonalisering av forskning foreslås det at faktoren for beregning av artikkelpoeng med internasjonal medforfatter i den resultatbaserte delen av tilskuddet gis 100 pst. ekstra uttelling mot 50 pst. i dag. Samtidig foreslås det å styrke den relative uttellingen for vitenskapelige artikler, ved at doktorgrader gis en vekt på 3 poeng. Forslaget gir ikke store omfordelingseffekter mellom de regionale helseforetakene.

Når Norsk vitenskapsindeks tas i bruk fra 2011, foreslås det at publikasjonspoengene som ligger til grunn for fordeling av det resultatbaserte tilskuddet beregnes ut i fra forfatterandeler i stedet for adresseandeler, jf. omtale under kap. 732, postene 72–75.

Tabell 5.10 Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten på de regionale helseforetak (i mill. kroner)

	Basis	Resultat ¹	Sum
Helse Sør-Øst RHF	35,5	198,4	233,9
Helse Vest RHF	35,5	73,8	109,3
Helse Midt-Norge RHF	35,5	32,6	68,1
Helse Nord RHF	35,5	26,6	62,1
Sum	142,0	331,4	473,4

¹ Forskningsresultater for perioden 2007–2009 ligger til grunn for fordeling av midler i 2011. Departementet tar forbehold om justering av beløpene i tabellen mellom tilskuddsmottakere som følge av ytterligere kvalitetssikring av data som ligger til grunn for poengberegningen

Nasjonale kompetansesentre

Tilskudd til nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten er prisjustert og utgjør 411,3 mill. kroner. Herav tildeles 185 mill. kroner til drift av nasjonale medisinske kompetansesentre (jf.

rundskriv I-19/2003) og 226,3 mill. kroner til drift av nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger inkludert regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme.

Tabell 5.11 Fordeling av tilskuddet til nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten på de regionale helseforetak (i mill. kroner)

	Nasjonale kompetansesentre	Nasjonale kompetansesentre for sjeldne sykdommer mv.	Totalt
Helse Sør-Øst RHF	89,3	205,0	294,3
Helse Vest RHF	29,9	9,0	38,9
Helse Midt-Norge RHF	30,8	2,9	33,7
Helse Nord RHF	35,0	9,4	44,4
Sum	185,0	226,3	411,3

Post 79 Raskere tilbake

Med utgangspunkt i Sykefraværsutvalget, Ot.prp. nr. 6 (2006–2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006–2007), jf. Budsjett-innst. S. nr. 15 (2006–2007), er ordningen tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte etablert. Formålet med ordningen er å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid, slik at sykefraværet reduseres. Sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som alternativt ville ha blitt sykmeldt om de ikke ble omfattet av ordningen, inngår i Raskere tilbake. De som er inne på ordninger/oppfølging når sykepengeperioden opphører kan fullføre igangsatt behandling. Det er et krav at de personene som omfattes med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av behandlingen som tilbys. Bevilgningen under posten dekker alle utgifter for ordningen Raskere tilbake, for eksempel behandling og transport. Det er etablert styrings- og kontrollsystemer som sikrer at midlene brukes i samsvar med ordningens formål.

I 2009 ble det bevilget 469 mill. kroner til tiltak i regi av regionale helseforetak og 6 mill. kroner til informasjonstiltak og nasjonal koordinering og oppfølging av ordningen. Bevilgningen inkluderer midler for å styrke utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene og et prøveprosjekt over 5 år i Helse Midt-Norge RHF for å etablere rehabiliteringstilbud innrettet mot ulike pasientgrupper med sikte på tilbakeføring til arbeid.

Innenfor Raskere tilbake har det skjedd en videreutvikling og etablering av nye tilbud. I 2008 og 2009 er tilbudene bedre kjent blant sykmeldte, behandlere og NaV-ansatte. Økende dialog mellom aktørene, bruk av lokale møteplasser og IKT-verktøy er i gang i flere fylker for å sikre hensiktsmessige oppfølgings- og behandlingsforløp. I

henhold til tall fra Helsedirektoratet har om lag 61 000 personer fått et helsetilbud innenfor ordningen Raskere tilbake i løpet av årene 2007–2009. I somatisk spesialisthelsetjeneste er om lag 70 pst. av pasientene henvist og gitt tilbud for symptomer og lidelser i muskel- og skjelettsystemet. De regionale helseforetakene har inngått avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i henhold til regelverket for offentlige anskaffelser om tjenester innenfor Raskere tilbake. I likhet med de somatiske sykehusene er det sykdommer i muskel- og skjelettsystemet som er den vanligste diagnose for pasienter som får opphold i disse institusjonene under Raskere tilbake.

Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF) har foretatt en evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. SNF mener at de i evalueringen har synliggjort at behandling gjennom Raskere tilbake har hatt en sykefraværsreducerende effekt for en forholdsvis stor gruppe som deltok i tiltaket. Medisinske og kirurgiske pasienter fikk i gjennomsnitt en reduksjon i sykefravær på rundt fire dager sammenliknet med sykmeldte som mottok behandling gjennom ordinært behandlingsløp i sykehus. Særlig for kirurgiske pasienter var effekten sterk.

Det er i 2010 bevilget 483,6 mill. kroner til tiltak i regi av de regionale helseforetakene. Styrkingen av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er videreført i 2010 med 20,6 mill. kroner. Planforutsetningene for de regionale helseforetakene når det gjelder tilskuddsordningen Raskere tilbake for 2010 er omtrent på linje med gjennomført aktivitet i 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at det bevilges 498,6 mill. kroner under posten i 2011. I tillegg vises det til forslag om å bevilge midler til informasjonstiltak og nasjonal koordine-

ring og oppfølging av ordningen under kap. 781, post 21. Midler til styrking av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene og prosjektet ved Hysnes helsefort er inkludert i bevilgningsforslaget.

Post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004) ble det vedtatt å gi et særskilt tilskudd på totalt 4,5 mrd. 2004-kroner til tre byggeprosjekter: Nye Ahus (2600 mill. kroner), fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim (1240 mill. kroner) og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet (640 mill. kroner). Tilskuddet skulle utbetales årlig i takt med utbyggingene og var et ekstraordinært bidrag for å sikre en forsvarlig økonomi når byggene ble tatt i bruk. Tilskuddet kom i tillegg til tildelingen gjennom basisbevilgningen. I utbyggingperioden skulle prosjektene finansieres gjennom en kombinasjon av egenfinansiering (basisbevilgning), investeringstilskudd og om nødvendig låneopptak. Det var de respektive helseforetakene som skulle stå for styring og oppfølging av investeringsprosjektene, innenfor premisene av Stortingets vedtak.

Nye Ahus

Tidligere Helse Øst RHF ga sin tilslutning til oppstart av prosjektet høsten 2003. Utbyggingen startet våren 2004 og hoveddelen ble ferdigstilt oktober 2008. Selv om hoveddelen av nye Ahus er ferdigstilt, gjenstår noe arbeid før totalprosjektet er ferdig. I 2009 ble det utbetalt 218,5 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet. Gjenstående tilskuddsum på 173,5 mill. kroner vil bli utbetalt i 2010. Med dette vil det i løpende kroner bli utbetalt totalt 2859 mill. kroner, som tilsvarer det samlede investeringstilskuddet som ble vedtatt ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Fase 2 Ny universitetsklinikk i Trondheim (Nye St. Olavs Hospital)

Styret i Helse Midt-Norge RHF ga i mars 2006 sin tilslutning til gjennomføring av byggefase 2. Byggearbeidene for tre av de kliniske sentrene i fase 2

var da allerede startet. Kostnadsrammen på P50-nivå er satt til 6298 mill. 2004-kroner. Hoveddelen av fase 2 er tatt i bruk og i juni 2010 ble sykehuset offisielt åpnet. Det gjenstår arbeid med riving av høyblokken og deretter bygging av Kunnskaps-senteret. I 2009 utgjorde statens særskilte tilskudd til byggeprosjektet 324 mill. kroner. I 2010 vil det utbetales 113,8 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet. Med dette vil det i løpende kroner bli utbetalt totalt 1409 mill. kroner, som tilsvarer det samlede investeringstilskuddet som ble vedtatt ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Universitetsdelen av St. Olavs-prosjektet finansieres over Kunnskapsdepartementets budsjett.

Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet

Styret i det tidligere Helse Sør RHF ga sin tilslutning til utbyggingsprosjektet i januar 2004. Utbyggingen startet i 2005 og i august 2009 ble forskningsbygget offisielt åpnet.

Tilskuddet til gjennomføring av prosjektet var i 2009 på 110,1 mill. kroner. Med dette er det i løpende kroner blitt utbetalt 716 mill. kroner, som tilsvarer det samlede investeringstilskuddet som ble vedtatt ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Alle byggeprosjektene er i hovedsak ferdigstilte og den siste delen av det samlede investeringstilskuddet blir utbetalt i 2010. Det fastslås derfor ingen bevilgning på denne posten i 2011.

Post 82 Investeringslån

Helseforetakenes vedtekter legger til grunn at lån til investeringer kun kan tas opp gjennom denne statlige låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Låneordningen blir fra og med 2008 bevilget som en ordinær tilskuddspost til spesifikke prosjekter. Generelt gjelder at de regionale helseforetakene skal planlegge framdriften av nye investeringsprosjekter innenfor rammen av det som ligger i basisbevilgningen.

Resultat 2009

Tabell 5.12 viser endringer i lånesaldo i 2009.

Tabell 5.12 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2009 fordelt på de regionale helseforetakene

(i mill. kroner)

	Lånesaldo per 31.12.08	Tildelt låneramme 2009	Påløpte bygge- lånsrenter 2009 jf. kap. 3732, post 83 og 91	Innbetalte avdrag 2009 jf. kap. 3732, post 85 og 90	Lånesaldo per 31.12.09
Helse Sør-Øst RHF	7 617,8	60,0	20,3	-395,1	7 303,1
Helse Vest RHF	2 222,6	40,0	28,6	-82,7	2 208,6
Helse Midt-Norge RHF	2 892,6	845,8	55,2	-98,5	3 695,1
Helse Nord RHF	1 166,6	130,0	6,2	-71,4	1 231,4
Sum	13 899,6	1 075,8	110,4	-647,7	14 438,2

12,7 mrd. kroner av lånesaldoen per 31. desember 2009 er omgjort til langsiktige lån som nedbetales. Det resterende beløpet, tilsvarende 1,7 mrd. kroner, er videreført byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Lånebevilgningen for 2010 utgjør 689,6 mill. kroner. Bevilgningen skal sikre fortsatt framdrift ved St. Olavs Hospital, ombygging og moderniseringer Nordlandssykehuset i Bodø, nytt lokalsykehus i Vesterålen og tomtekjøp på Gullaug i Buskerud.

Helse Nord RHF vedtok oppstart av nytt lokalsykehus i Vesterålen i februar 2010. Departementet hadde satt som forutsetning at helseregionen måtte vise til en forsvarlig økonomisk bæreevne før lån til dette prosjektet ble løst ut. Helse Nord har over flere år hatt en stram likviditetsstyring og regionen kunne i 2009 vise til et positivt driftsresultat. Departementet har på denne bakgrunn stilt lånemidlene til disposisjon.

Det pågår tre investeringsprosjekter innenfor låneordningen i 2011. Dette gjelder St. Olavs Hospital, ombygging og modernisering av Nordlandssykehuset i Bodø og nytt lokalsykehus i Vesterålen.

Helse Nord melder at likviditetsbehovet knyttet til nåværende framdriftsplaner for sine prosjekter i hhv. Bodø og Vesterålen tilsier at regionen ikke har behov for lån til sine to investeringsprosjekter i 2011. Dette er kun er forskyvning av likviditet til de påfølgende år og innebærer ingen endring knyttet til kostnadsnivå i prosjektene eller fastsatte lånerammer.

Lånerammen for den gjenværende delen av St. Olavs Hospital settes til 642 mill. kroner (2009-kroner). Lånerammen vil utbetales i perioden

2011–2014. Med bakgrunn i informasjon om framdrift i prosjektet foreslås en lånebevilgning på 201 mill. kroner i 2011 til St. Olavs Hospital.

Det foreslås at tre nye prosjekter kommer innenfor låneordningen i 2011, med en samlet bevilgning på 446 mill. kroner. Dette gjelder nytt sykehus i Østfold med 235 mill. kroner, nytt senter for barn, unge og psykosomatisk medisin i Helse Bergen HF, Haukeland universitetssykehus, med 108 mill. kroner og ny barne- og ungdomsavdeling i Helse Stavanger HF med 103 mill. kroner.

Det nye sykehuset i Østfold vil bli bygd på Kalnes i Sarpsborg, og vil erstatte dagens virksomhet i Fredrikstad, på Veum (psykiatri) og den somatiske aktiviteten ved dagens sykehus i Sarpsborg. Moss sykehus skal rustes opp for å bli et moderne sykehus for planlagt virksomhet. All akuttvirksomhet skal samles på Kalnes i 2015. Prosjektet er beregnet til 5 mrd. kroner (2009-kroner). Det foreslås en øvre låneramme på 2,5 mrd. kroner (2009-kroner), som betales ut i perioden 2011–2015.

Det nye senteret ved Haukeland universitetssykehus skal inneholde klinikk for psykisk helsevern for barn og unge under 18 år, samt klinikk for psykosomatisk medisin. Samlet kostnadsestimat for prosjektet er på 1,4 mrd. kroner (2009-kroner), og det foreslås avsatt en øvre låneramme for prosjektet på 700 mill. kroner (2009-kroner), som betales ut i perioden 2011–2015.

Den nye barne- og ungdomspsykiatriske avdelingen i Stavanger har et totalt kostnadsestimat på 255 mill. kroner. Bevilgningen på 103 mill. kroner settes som en øvre låneramme for prosjektet.

Lånene vil bli utbetalt iht. framdrift i utbyggingsperioden, og vil bli indeksregulert i tråd med basisrammene til de regionale helseforetakene.

Opptreksrenter

I perioden fram til ferdigstillelse av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt de regionale helseforetakenes låneporteføljer. Tilsvarende inntekter føres på kap. 5605, post 84, Renter av driftskreditter til statsbedrifter under Finansdepartementet. Endringen i låneordningen fra 2008 med at investeringslån bevilges som en ordinær tilskuddspost, innebærer at budsjetteringen av tilhørende opptreksrenter blir delt når det gjelder lån tatt opp før og etter 2008, jf. post 83 og post 91 nedenfor. Samlede opptreksrenter på helseforetakenes investeringslån utgjorde 110,4 mill. kroner i 2009.

Post 83 Opptreksrenter for lån fom. 2008

I 2009 utgjorde opptreksrenter på denne posten 62,8 mill. kroner. For 2011 foreslås det budsjettert med 20 mill. kroner i opptreksrenter på lån gitt fom. 2008.

Post 91 Opptreksrenter for lån tom. 2007

Posten er en teknisk håndtering av opptreksrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tok opp før 2008, jf. omtale av opptreksrenter i post 83. I 2009 utgjorde opptreksrenter på denne posten 47,6 mill. kroner.

For 2011 foreslås det budsjettert med 9,5 mill. kroner knyttet til renter på byggelån tatt opp før 2008.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
80	Renter på investeringslån	458 448	350 000	516 000
85	Avdrag på investeringslån fom. 2008	23 400	140 000	163 000
86	Driftskreditter	400 000	500 000	550 000
90	Avdrag på investeringslån tom. 2007	624 242	670 000	677 000
	Sum kap. 3732	1 506 090	1 660 000	1 906 000

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningene dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2009 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 458,4 mill. kroner i renter på de langsiktige låne- ne, med følgende fordeling:

Tabell 5.13 Oversikt over innbetalte renter i 2009 fordelt på regionale helseforetak

Regionalt helseforetak	Innbetalte renter på serie- lån (i mill. kr)
Helse Sør-Øst RHF	277,5
Helse Vest RHF	63,8
Helse Midt-Norge RHF	73,2
Helse Nord RHF	43,9
Sum	458,4

Det foreslås at de regionale helseforetakenes renter på investeringslån budsjetteres med 516 mill. kroner i 2011.

Avdrag på investeringslån

Ved behandlingen av 2008 budsjettet ble det vedtatt at investeringslån bevilges som en ordinær tilskuddspost. Dette innebærer at avdrag knyttet til investeringslån er todelt; det skilles mellom lån tatt opp før 2008 og opplåning i 2008 og årene etter.

I 2009 innbetalte de regionale helseforetakene 647,6 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82, for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak.

Post 85 Avdrag på investeringslån fom. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. Avdrag på investeringslån tatt opp etter 2008 foreslås budsjettert med 163 mill. kroner for 2011.

Post 86 Driftskreditter

De regionale helseforetakene har adgang til å ha driftskreditter innenfor rammer fastsatt av Stortinget. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Departementet har ansvar for å fordele fastsatt ramme mellom de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har som følge av flere år med underskudd og høye pensjonspremier opparbeidet seg betydelige driftskreditlån. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009) ble helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene.

Opplegget innebærer at differansen mellom pensjonskostnader og -premier vil håndteres gjennom bevilgninger på denne posten eller på den tilhørende utgiftsposten kap. 732, post 86, avhengig av fortegn på differansen mellom de to størrelsene.

I 2009 ble Stortingets ramme for driftskreditt satt ned fra 7,3 mrd. kroner til 6,9 mrd. kroner. Bruk av driftskreditter varierer mellom helseforetak og mellom måneder. Per 31. desember 2009

var benyttet driftskreditt i de regionale helseforetakene 5,3 mrd. kroner. I 2010 er det satt krav om nedjustering av driftskredittrammen med 568 mill. kroner til 6332 mill. kroner hovedsakelig som følge av at pensjonspremien også i 2010 antas å bli lavere enn den anslåtte pensjonskostnaden.

Det er for 2011 stor usikkerhet knyttet til anslagene for pensjonskostnaden og -premien. Foreløpige anslag tilsier at pensjonspremien vil bli om lag 550 mill. kroner lavere enn den anslåtte pensjonskostnaden. Basert på disse anslagene, foreslås den samlede driftskredittrammen for de regionale helseforetakene redusert med 550 mill. kroner, fra 6332 mill. kroner til 5782 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak V, nummer 1 og 2.

Dersom ny informasjon tilsier større endringer i forhold til de anslag som nå er lagt til grunn, vil Regjeringen komme tilbake til saken.

Post 90 Avdrag på investeringslån tom. 2007

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp før 2008. Det foreslås at de regionale helseforetakenes avdrag på investeringslån tatt opp før 2008 budsjetteres med 677 mill. kroner for 2011.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	Saldert budsjett 2010	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>		17 719	18 633
70	Behandlingsreiser til utlandet		103 444	106 651
72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>		41 160	30 686
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		16 400	16 552
	Sum kap. 733		178 723	172 522

Følgende bevilgning foreslås flyttet:

- 0,75 mill. kroner fra post 72 til post 21

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med bevilgningen er å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Tjenester som ytes som ledd i en habiliterings-/rehabiliteringsprosess skal ivareta brukerperspektivet, være samordnet, tverrfaglige og planmessige, og gis nær brukerens hjem og vante miljø. Habiliterings-

og rehabiliteringstjenester skal gis til alle som har behov, både barn, unge og voksne, uavhengig av funksjonsnedsettelse.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 ble lagt fram i St.prp. nr. 1 (2007–2008). Helsedirektoratet bidrar med å gjennomføre strategien, og har utgitt en rapport med de viktigste sakene som det ble arbeidet med i 2008 og 2009. Det er bl.a. gitt en vurdering av rettsbestemmelser av betydning for habilitering og rehabilitering. Handlingsplan for habilitering av barn og unge, veileder for fagfeltet fysikalsk medisin og reha-

bilitering og nasjonale retningslinjer for behandling ble ferdigstilt i 2009. Nasjonale retningslinjer for rehabilitering av slagrammede ble ferdigstilt våren 2010.

Det er store samhandlingsutfordringer på feltet. I kommunene og i spesialisthelsetjenesten fokuseres det på å styrke og bedre tjenestetilbudet innenfor habilitering og rehabilitering. Bruk av individuell plan og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering må økes. Helsedirektoratet har utarbeidet materiell om individuell plan, veileder, brosjyre og tipshefte. Oppdatert veileder om individuell plan er utgitt i 2010. Det er utgitt en brosjyre som beskriver koordinatrollen. Helsedirektoratet har også utarbeidet en informasjonsbrosjyre om koordinerende enhet.

Habilitering av barn og unge

Som oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering utga Helsedirektoratet Handlingsplan habilitering av barn og unge i 2009. Planen gir en statusbeskrivelse av feltet som et grunnlag for forslag til tiltak for å bedre tilbudet til barn, ungdom og unge voksne med funksjonsnedsettelse. Ungdom med funksjonsnedsettelse er gitt prioritet. Barnenevrologisk seksjon ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet leder arbeidet med å innføre et oppfølgingsprogram for barn med cerebral parese i hele landet.

Handlingsplan for habilitering av barn og unge henvender seg både til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Flere av de foreslåtte tiltakene handler om tiltak som kan bidra til bedre samhandling. Helsedirektoratet arbeider med ny nasjonal veileder om habilitering av barn og unge og en veileder for habilitering av ungdom og unge voksne.

En veileder til prioriteringsforskriften for både barnehabilitering og voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten er under utarbeiding.

Habilitering av voksne

Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte habiliteringstjenester til voksne med medfødt eller tidlig ervervet nedsatt funksjonsevne. Helsedirektoratet har utarbeidet veileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Det er gitt støtte til prosjekter som forutsettes å bidra til å styrke tilbudet innenfor voksenhabiliteringstjenesten. Helsedirektoratet har satt i gang et arbeid som forutsettes å bidra til

bedre helseoppfølging for personer med utviklingshemming.

Habiliterings-/rehabiliteringstilbudet til unge med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse

Som oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og Handlingsplan for habilitering av barn og unge har Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av tilbudet til unge voksne i private rehabiliteringsinstitusjoner. Kartleggingen viste at denne gruppen utgjorde en liten del av belegget i 2008. Det er gitt prosjektstøtte til private rehabiliteringsinstitusjoner til tilrettelegging av tilbud for ungdom.

Habilitering og rehabilitering til personer med sansetap

Helsedirektoratet har gjennomført kartlegginger når det gjelder ordningen med kommunale synskontakter i 2008 og 2009. Kartleggingene har avdekket at det er liten kjennskap i kommunene om antall, aldersfordeling og situasjonen til synshemmede, og mangelfull kompetanse om rehabilitering av synshemmede.

Helsedirektoratet har inngått avtale med Statped om å utvide nettstedet www.sansetap.no om syns- og hørselstap hos eldre til en nettportal om sansetap som omfatter alle aldersgrupper. Helsedirektoratet har i samarbeid med Nav satt i gang et prosjekt som har som mål å styrke kompetansen om sansetap hos de kommunale synskontaktene og hørselskontaktene i et utvalgt fylke.

Rapporten Å høre og bli hørt – anbefalinger for en bedre høreapparatformidling er fulgt opp i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet og de regionale helseforetakene. Prosjektet ReSonare ble avsluttet i 2009. ReSonare-modellen er anbefalt benyttet i ordinær virksomhet, og det er viktig at opparbeidet kompetanse sikres videreført.

Kartlegginger tyder på at det er behov for å heve kompetansen i tjenesteapparatet, og øke kunnskapen om hvilke behov personer med sansetap har for habilitering og rehabilitering både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Helsedirektoratet har gitt tilskudd til et longitudinelt og tverrfaglig prosjekt om habilitering og språkutvikling hos barn som har fått cochleaimplantat.

Samlet foreslås det bevilget 18,6 mill. kroner i 2011.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge, og omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, pasienter med senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. Det betales en egenandel for voksne pasienter og barns ledsagere. Egenandelene er omfattet av egenandelstak 2. Formålet med behandlingsreiser er behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal tilfredsstillende faglige krav etter norsk vurdering og gi dokumentert nytte. Daglig administrasjon og faglig ansvar tilligger Helse Sør-Øst RHF v/Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet.

I 2009 var 2840 pasienter omfattet av de ordinære behandlingsreiser til utlandet. Det ble behandlet 1856 pasienter med revmatiske lidelser. Videre ble det behandlet 854 pasienter med psoriasis, astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem. 130 pasienter med senskader etter poliomyelitt fikk behandling.

I 2010 er det planlagt behandlingsreiser til utlandet for 3000 pasienter. Ordningen med behandlingsreiser er hittil ikke evaluert. Det legges opp til en samlet evaluering i 2011. Aktuelle pasient-/brukerorganisasjoner vil bli invitert til samarbeid om evalueringen.

Det foreslås bevilget 106,7 mill. kroner i 2011.

Post 72 Kjøp av opptrening mv.

I 2006 ble det opprettet et eget tilskudd til utvikling av opptreningstilbud, jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006). Stortinget hadde vedtatt at finansieringsansvaret for de private opptreningsinstitusjonene skulle overføres til de regionale helseforetakene. I tråd med målet om at tjenesten skulle integreres i den øvrige spesialisthelsetjenesten, var kravet til kvalitet endret. Dette skapte

usikkerhet om driftsgrunnlaget for enkelte av de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene, blant annet fordi institusjonene hadde fått for kort tid til omstilling.

I 2008 ble kriteriene utvidet slik at alle private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner med avtaleforhold til regionalt helseforetak kan søke om tilskudd til prosjekter.

Omstillingstilskuddet har bidratt til at rehabilitering med arbeid som mål er etablert ved flere private institusjoner, og har bidratt til at flere institusjoner har gitt tilbud til yngre brukergrupper. Det er igangsatt flere samhandlingsprosjekter der de private institusjonene samarbeider med det øvrige tjenesteapparatet på spesialist- og kommunenivå samt med Nav, arbeidsgivere og brukerorganisasjoner.

Bevilgningen er i 2010 på 41,1 mill. kroner. Intensjonen med prosjektene har vært forsøk og utvikling i en periode, for å sette de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i stand til å innfri kravet til kvalitet som stilles fra de regionale helseforetakene. På denne bakgrunn foreslås det å sette ned bevilgningen med 11 mill. kroner i 2011. Dette må også ses i sammenheng med den økte bevilgning til de regionale helseforetakene som gir grunnlag for økt pasientbehandling på om lag 1,4 pst., herunder også tilbud innenfor rehabilitering og opptrening på spesialisert nivå. Det foreslås bevilget 30,7 mill. kroner i 2011. Av disse midlene foreslås at 10 mill. kroner benyttet som tilskudd til livsstilsendingsprosjekt, der en gjennom forsøksprosjekt undersøker om livsstilsendring kan ha effekt på utvikling av sykdom.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen under denne posten dekker samme formål som under post 21. Det vises til omtalen under post 21, jf. ovenfor. Det foreslås bevilget 16,6 mill. kroner i 2011.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	Saldert budsjett 2010	
01	Driftsutgifter – Kontrollkommisjonene		35 919	37 083
21	Spesielle driftsutgifter			9 200
70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket		2 121	2 187
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		65 461	67 490
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus		52 448	47 674
	Sum kap. 734		155 949	163 634

Følgende bevilgning foreslås flyttet:

- 6,2 mill. kroner fra post 72 til post 21

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser er omtalt under kap. 764, Psykisk helse og kap. 732, Regionale helseforetak. Når det gjelder omtale av kompetansetiltak vises det til kap. 763, post 21. Opptappingsplanen for rusfeltet er omtalt under kap. 763 Rustiltak.

Post 01 Driftsutgifter Kontrollkommisjonene

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon. Landet har 57 kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonen ivaretar rettssikkerheten til pasienter i møtet med det psykiske helsevernet. Kommisjonen må derfor gjennomgå alle tvangsvedtak som treffes. Når det gjelder avgjørelser i klagesaker kan domstolene overprøve Kontrollkommisjonene. Kontrollkommisjonene rapporterer årlig til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har et overordnet ansvar for kommisjonenes arbeid. Utgiftene til kontrollkommisjonene dekkes over denne posten.

Helsedirektoratet har videreutviklet årsrapportssystemet for å sikre erfaringsoverføring og kompetanseutvikling, samt gi grunnlag for å følge opp at kontrollkommisjonene fungerer tilfredsstillende. I 2009 ble det nye systemet for første gang benyttet, basert på data for 2008. Helsedirektoratet vil i løpet av 2010 framstille og analysere data fra kommisjonenes årsrapporter som en del av

Samdata-arbeidet. Det foreslås bevilget 37,1 mill. kroner i 2011.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med posten er å følge opp tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang innen psykisk helsevern. Videre skal posten finansiere utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer, samt annet utviklingsarbeid innen rusområdet. Se øvrig omtale under post 72. Det foreslås å bevilge 9,2 mill. kroner i 2011.

Ny særreaksjonsordning

Det vises til omtale under kap. 764, post 60, og kap. 732, post 70. I løpet av høsten 2010 tas det sikte på å sende på høring et lovforslag om innføring av en særreaksjon for utilregnelige lovbrøyttere. I påvente av eventuell etablering av den nye særreaksjonen foreslås det iverksatt et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kommunale instanser, politi/kriminalomsorg og Nav. Det foreslås bevilget 3 mill. kroner til pilotprosjektet.

Post 70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket

Posten skal dekke utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m. m. § 5–3. Posten skal også dekke utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet. Videre kan norske

myndigheter legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utgifter til slik transport føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten.

I 2009 ble det foretatt fem hjemsendinger av pasienter med alvorlig psykisk sykdom som ikke har bosted i riket og 12 hjemhenting av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befant seg i utlandet. Det ble gjennomført én hjemtransport av en norsk statsborger med livstruende somatisk sykdom i 2009.

Det foreslås bevilget 2,2 mill. kroner i 2011.

Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffeloven § 39a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrutere.

Ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernlovens kapittel 1, kapittel 4 med unntak og kapittel 6 om kontroll etterprøving så langt den passer. Ved fagenheten er det opprettet en egen kontrollkommisjon med ansvar for alle psykiske utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg.

Ansvar for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge RHF. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes særskilt over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. I Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) er kapasitetsbehovet anslått til totalt 15 personer, basert på at en til to personer dømmes til tvungen omsorg per år. Fagenheten er organisatorisk knyttet til St. Olavs Hospital HF ved regional sikkerhetsavdeling. Fagenheten inngår avtaler med berørte bostedskommuner om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der, når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhetshensyn ikke taler mot. I tilknytning til utviklingen av midlertidig fagenhet ved Brøset, vil det bli etablert en permanent fagenhet ved Østmarka i Trondheim. Fagenhetens kapasitet og omfang videreføres.

Fra 1. januar 2002 til juni 2010 er til sammen 18 personer dømt til tvungen omsorg. For ni personer er dom til tvungen omsorg opphørt, mens åtte er blitt dømt til ny periode. Per juni 2010 er åtte personer i kommunale tiltak, mens en er i påvente

av slik etablering. Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært to til tre personer.

Det ble bevilget 65,5 mill. kroner til ordningen i St.prp. nr. 1 (2008–2009). I Prop. 125 S, jf. Innst. 350 S (2009–2010), ble det bevilget ytterligere 15 mill. kroner som følge av en feil med utbetalinger i 2009. I 2010 er det bevilget 65,4 mill. kroner. Det foreslås bevilget 67,5 mill. kroner i 2011.

Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Tvang i psykisk helsevern

Det er et overordnet mål at psykisk helsevern i størst mulig grad er basert på frivillighet. Når dette ikke er mulig, er målet å sikre at etablering og gjennomføring av tvunget psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, i tråd med psykisk helsevernloven. Antallet tvangsinnleggelses på landsbasis har gått ned, spesielt fra 2007 til 2008. Bruk av tvangsmidler og tvangsmedisinering ser imidlertid ut til å øke noe. Samtidig er det fortsatt store geografiske forskjeller i bruk av tvang og tvangsmidler i spesialisthelsetjenesten. Bruken av tvang i Norge antas å være unødvendig høy, og det er en klar målsetning å redusere både antall tvangsinnleggelses, bruk av tvangsmedisinering og bruk av andre tvangsmidler i psykisk helsevern. Forskning skal styrkes og dokumentert kunnskap om alternativer til bruk av tvang må i større grad implementeres i enheter der tvang utøves.

En arbeidsgruppe i regi av Helsedirektoratet har vurdert behandlingstilskåret i psykisk helsevernloven og gjennomgått og foreslått nye tiltak til tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Arbeidsgruppen leverte sin rapport (IS-1370) i juni 2009. Departementet har fulgt opp arbeidsgruppens og Helsedirektoratets hovedanbefalinger og har nedsatt et lovutvalg for å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis om tvang innen psykisk helsevern. Utvalget skal gjennomgå lovverket med vekt på vurdering av behandlingsskriteriet, kriteriene for tvangsbehandling, samt se på forholdet mellom psykisk helsevernloven, samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven og Norges menneskerettighetsforpliktelser.

I 2010 har Helse- og omsorgsdepartementet bedt de regionale helseforetakene om at det skal utarbeides lokale og regionale planer for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Helsedirektoratet har tilsvarende i oppdrag å utarbeide relevante nasjonale tiltak på området. Til sammen vil dette utgjøre en ny Nasjonal strategi for redusert og riktig

bruk av tvang i de psykiske helsetjenester som skal erstatte tiltaksplanen fra 2006.

Dokumentasjonen av tvangsbruk i det psykiske helsevernet må bedres. De regionale helseforetakene er gitt særskilte midler for å bedre kvaliteten på data som rapporteres til Norsk Pasientregister. Arbeidet med å bedre datakvaliteten i psykisk helsevern vil fortsatt ha høy prioritet slik at tallgrunnlaget nasjonalt og regionalt blir bedre.

Sikkerhet i psykisk helsevern

Personer med alvorlig psykisk lidelse, og som begår grove kriminelle handlinger, stiller særlige krav til behandling og oppfølging fra helsetjenestene.

Kompetansesentrene innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gir tilbud om opplæring i risikovurderinger. I samarbeid med de regionale og lokale sikkerhetsavdelinger gir kompetansesentrene undervisning og veiledning til aktuelle instanser om hvordan man vurderer og håndterer risikosituasjoner.

NOU 2010: 3, Drap i Norge i perioden 2004–2009 (Olsen-utvalget), ble overlevert til Helse- og omsorgsministeren i mai 2010. Rapporten er sendt på høring med frist 1. november 2010. Departementet vil komme tilbake til Stortinget mht. til videre oppfølging av utredningen.

Sammen med Justis- og politidepartementet skal de tre kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i perioden 2010–2013 gjennomføre et forskningsprosjekt for å kartlegge psykiske lidelser hos innsatte i fengsel. Helsedirektoratet og Kompetansesentrene vil sammen med Justis- og politidepartementet sette i gang et forskningsprosjekt på forekomst av voldtekt og kjennetegnet ved voldtektsmenn i Norge.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Personer med rusmiddelproblemer har behov for og rett til tjenester kjennetegnet av god kvalitet og med riktig og tverrfaglig kompetanse, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Forskning på rusrelatert problematikk er styrket gjennom etablering av et eget forskningssenter (Senter for rus- og avhengighetsbehandling, seraf), og det er etablert et eget forskningsprogram under Norges Forskningsråd. I tillegg har de regionale helseforetakene igangsatt forskningsprosjekt innen TSB. Det er også igangsatt tiltak for å styrke legers og psykologers kompetanse om rusproblematikk. Kvalitetsforbedring innen TSB har vært en av hovedprioriteringene

siden 2004, da man i forbindelse med rusreformen overførte ansvaret for TSB til spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet skal blant annet utvikle og implementere retningslinjer for alle deler av TSB innen 2015.

Fra 2010 ble de nasjonale retningslinjene for legemiddelasistert rehabilitering (LAR) ferdigstilt, samtidig med den nye LAR-forskriften. Etter planen skal Helsedirektoratet utarbeide nasjonale retningslinjer for gravide i LAR og oppfølging av deres barn, og retningslinjer for behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse fra 2011. Helsedirektoratet arbeider i 2010 med fylkesvise implementeringsmøter av det nye rammeverket for LAR og vil sette i verk implementering av de andre retningslinjene så snart de er ferdige. IS-1505 Veileder for vurdering av henvisning til TSB vil bli revidert i tråd med de øvrige prioriteringsveilederne. For å få bedre kunnskap og styringsinformasjon om aktiviteten i TSB og pasientene som mottar behandling, er det et pågående utviklings- og implementeringsarbeid på dokumentasjon og statistikk, herunder rapportering til Norsk pasientregister. I 2009 utvidet institusjoner som tilbyr TSB rapporteringen til Norsk pasientregister til også å omfatte opplysninger om pasientenes situasjon ved behandlingsstart (pasient/situasjonsdata). Avhengig av kompletthet og kvalitet på dataene vil dette bli publisert første gang i løpet av 2010. Det rapporteres og publiseres allerede informasjon om ventelistedata og aktivitetsdata innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utvikling av kvalitetsindikatorer for TSB blir påbegynt i 2010.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede muligheten knyttet til et prøveprosjekt med Naloxon nesespray til bekjempelse av overdosedødsfall, jf. Dokument nr. 8:17 (2009–2010) og Innst. 149 S (2009–2010). Direktoratet har ikke funnet internasjonal dokumentasjon for at Naloxon nesespray har effekt i bekjempelsen av overdosedødsfall og det er svært lite sannsynlig at et norsk prøveprosjekt kan gi slik dokumentasjon. Etter en samlet vurdering finner ikke departementet grunnlag for å sette i gang et prøveprosjekt med Naloxon nesespray i 2011.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

En prøveordning med narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) trådte i kraft i 2006. Ordningen, som prøves ut i Oslo og Bergen, innebærer at rusavhengige som tidligere ville ha blitt dømt til ubetinget fengselsstraff, kan dømmes til

rehabiliteringsprogram. Prosjektperioden ble forlenget ut 2010, jf. St.prp. nr. 59 (2007–2008). I henhold til St.prp. nr. 1 (2007–2008) vil regjeringen avvente nærmere evalueringer av disse prosjektene før en tar stilling til eventuell utvidelse av antall steder.

Evalueringen av tiltakene i Oslo og Bergen er ikke ferdigstilt. For å sikre en grundig evaluering, legges det opp til at deltakere som tas opp i programmet i 2010 også skal inngå i evalueringen. Prosjektperioden er forlenget til ut 2014.

Stifinnern

Stifinnern er et tilbud til mannlige innsatte ved Oslo kretsfengsel og til kvinnelige innsatte ved Bredtveit fengsel. Formålet med tiltaket er å tilby innsatte rusmiddelavhengige oppstart av behandling i soningstiden, med videre behandlingsforløp etter endt soning. Midlene til drift av tiltaket dekkes dels av Justis- og politidepartementet og dels av Helse- og omsorgsdepartementet.

Rusmestringsenheter

Ved utgangen av 2010 skal det være etablert elleve rusmestringsenheter (RME) i norske fengsler. Det er ti RME for menn og ett for kvinner. I 2011 skal det etableres to nye enheter. Disse enhetene er etablert av Justis- og politideparte-

mentet og Helse- og omsorgsdepartementet, der kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten har etablert egne avdelinger med ulike faggrupper – inkludert helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten. Det er i utgangspunktet et DPS, i det området der fengslet geografisk er plassert, som vil ha ansvar for å bistå med helsepersonell. Disse enhetene skal være for innsatte med rusmiddelproblemer og der den innsatte er vurdert av spesialisthelsetjenesten til å ha rett til nødvendig helsehjelp, og derved rett til tverrfaglig spesialisert behandling for sine rusproblemer.

I forbindelse med St.meld. nr. 37 (2009–2010) Kriminalomsorgsmeldingen foreslo Justis- og politidepartementet å etablere to enheter, i Bergen og Oslo, for de under 18 år som soner dom/varetekt i norske fengsler. Formålet er at så få som mulig under 18 år ikke skal sone i ordinære fengsler, men plasseres i egne enheter med betydelig forsterket fagpersonell. Enheten i Bergen ble åpnet i 2010 og en midlertidig enhet er etablert i Oslo Fengsel. Ved hver av disse enhetene bidrar Helse- og omsorgsdepartementet med en psykologstilling for å styrke den helsefaglige bemanningen. I tillegg bidrar Kunnskapsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet med fagpersonell. En endelig plassering av enheten i Oslo vil etter planen bli klart i 2011.

Det foreslås bevilget 47,7 mill. kroner i 2011.

Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
750	Statens legemiddelverk	211 262	206 010	208 353	1,1
751	Legemiddeltiltak	60 426	69 542	71 434	2,7
	Sum kategori 10.50	271 688	275 552	279 787	1,5

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
01-23	Statens egne driftsutgifter	218 312	218 175	220 631	1,1
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	4 016			
70-89	Andre overføringer	49 360	57 377	59 156	3,1
	Sum kategori 10.50	271 688	275 552	279 787	1,5

Programkategorien er knyttet til oppfyllelsen av følgende mål for legemiddelpolitikken:

- Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne
- Legemidler skal brukes riktig medisinsk og økonomisk

– Det skal være lavest mulig pris på legemidler

Det vises også til målene på refusjonsområdet, jf. Ot.prp. nr. 29 (1998–1999) og Innst. O. nr. 52 (1999–2000) samt St.meld. nr. 18 (2004–2005) og Innst. S. nr. 197 (2004–2005).

Kap. 750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
01	Driftsutgifter	207 246	206 010	208 353
45	Større utstyrskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 016		
	Sum kap. 750	211 262	206 010	208 353

Statens legemiddelverk er det nasjonale forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og skal bidra til at målene for legemiddelpolitikken og refusjonsområdet blir oppfylt. Legemiddelområdet omfatter legemidler til human- og veterinærmedisinsk bruk. Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora på legemiddelområdet, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA).

Legemiddelverkets forvaltningsoppgaver er knyttet til utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt i forbindelse med godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), maksimalprisfastsettelse, opptak av legemidler på forhåndsgodkjent refusjon, vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler på markedet, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll, veiledning om riktig legemiddelbruk, regulatorisk veiledning av aktører i forsyningskjeden, forvaltning og tilsyn med legemiddelforsyningskjeden, godkjenning av legemiddeldutprøvinger, utredning av utviklingsplaner for legemidler til barn, utredning av avansert terapi og forvaltning og overvåking av den legale omsetningen av narkotiske legemidler og virkestoff.

Tilgang til sikre og effektive legemidler

Søknader om markedsføringstillatelse for legemidler behandles i stor grad innenfor et europeisk samarbeid hvor Norge deltar på lik linje med andre europeiske land. Aktiv deltagelse i det europeiske samarbeidet er et nødvendig virkemiddel for å fremme velbegrunnede nasjonale faglige standpunkt med hensyn til legemidlers nytte/risiko forhold. Legemiddelverket har særlig fokus på beskyttelse av den relativt gode situasjonen Norge har med hensyn til resistens mot antibiotika.

Det er innført egne europeiske reguleringer for legemidler til barn og for området avansert terapi (genterapi, celleterapi og vevsteknologi), og Legemiddelverket deltar aktivt i utredninger på disse områdene.

Antall søknader om markedsføringstillatelser har hatt en meget stor årlig vekst fram til 2008 (mer enn tredoblet fra 2000). Selv om det har vært en liten nedgang i 2009, har Legemiddelverket fortsatt utfordringer når det gjelder å overholde forskriftsfestede krav til behandlingstid. Ressurserne Legemiddelverket fikk tildelt i 2009 og 2010, har bedret situasjonen og flere køer er avviklet eller redusert. Det vil imidlertid fortsatt være behov for en styrket saksbehandlingskapasitet ut 2011 både i arkiv, for behandling av søknader om markedsføringstillatelse og oppfølging av endringer for å kunne overholde fristene.

Legemiddelverket er godt i gang med en langsiktig satsing på elektroniske løsninger. Blant de ferdigstilte prosjektene er digitalisering av dokumentasjon fra 2008 og 2009 og mottak av elektroniske søknader. Det er også igangsatt digitalisering av Legemiddelverkets eksterne dokumentlager. Elektronisk samhandlingsløsning vil bli innført, og leverandør av denne velges etter planen våren 2011. Legemiddelverkets ambisjon for et slikt system er en døgnåpen selvbetjeningsløsning gjennom Altinn. Den vil sikre industrien innsyn i hele saksbehandlingsløpet og bidra til bedre forutsigbarhet og effektivitet.

Bivirkningsovervåking av legemidler til mennesker er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. De fire regionale legemiddelinformasjonsentrene samler bivirkningsrapporter i en nasjonal bivirkningsdatabase og gir respons tilbake til melder. For vaksiner ivaretar Folkehelseinstituttet en tilsvarende funksjon. Dataene i den nasjonale basen legges videre inn i en sentral europeisk database og i WHO's bivirkningsdatabase. Dette samarbeidet er viktig for raskt å oppdage nye bivirkninger. Det europeiske samarbeidet på bivirkningsområdet fører til at både tiltak og informasjon blir harmonisert i hele EØS-området. Legemiddelverket har i 2010 introdusert en elektronisk løsning hvor pasienter selv kan rapportere legemiddelbivirkninger. Målsetningen er å fange opp ny informasjon om enkeltlegemidler eller legemiddelgrupper.

Legemiddelverket inspiserte i 2009 om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. Det ble funnet avvik ved inspeksjoner hos alle typer aktører, og lukking av disse følges opp. I tillegg ble det gjennomført inspeksjoner i forbindelse med kliniske utprøvinger. Det ble i 2009 iverksatt tilsyn med system for bivirkningsrapportering, og det ble også gjennomført tilsyn med virksomhet som håndterer celler og vev.

Legemiddelverket skal utarbeide en konsekvensanalyse av en opphevelse av fullsortimentskravet og utarbeide forslag til regelverksendringer eller alternative reguleringer som opprettholder leveringssikkerheten av legemidler i Norge.

Adgangen til forsendelse av legemidler utover apotekets nærområde er foreløpig begrenset til reseptfrie legemidler. Mer utstrakt netthandel vil kunne påvirke det økonomiske grunnlaget for distriktsapotek, og fri forsendelse av reseptpliktige legemidler vil derfor vurderes særskilt. Legemiddelverket fører tilsyn med apotekenes netthandel for å få ytterligere erfaring med faglige krav før det eventuelt åpnes for netthandel med reseptpliktige legemidler. Sammen med bransjen utvikles

det også kvalitetsindikatorer for legemiddelforsyningen for bedre å følge med på den faglige utviklingen av apotekbransjen.

Legemiddelverkets kvalitetsovervåking viser at legemidlene på det norske markedet og i EØS-området i all hovedsak er av god kvalitet. Internasjonalt arbeides det med en styrking av samarbeid og arbeidsdeling mellom EU-/EØS-landene. Forfalskninger av legemidler og illegale legemidler er et problemområde som Legemiddelverket følger nøye og der man søker økt internasjonalt samarbeid.

Refusjonsordning som gir lik og enkel tilgang til effektive legemidler ved dokumentert behov

I 2009 ble det ferdigbehandlet 30 pst. flere søknader om forhåndsgodkjent refusjon enn i 2008. Av 135 refusjonssøknader fikk 124 innvilget refusjon, og fire saker ble sendt departementet på grunn av at de oversteg bagatellgrensen. Blåreseptnemnda, som skal hjelpe Legemiddelverket med å kvalitetssikre beslutningsgrunnlaget i viktige saker, har vært involvert i de viktigste sakene.

Medisinsk og økonomisk riktig bruk av legemidler

For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet databasen Fest, som ble tatt i bruk i 2010. Databasen inneholder faktainformasjon om legemidler mv., herunder priser og vilkår for refusjon. Tjenesten er en viktig del av e-resept og gir tilgang til oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon gjennom

elektroniske journalsystemer. Legemiddelverket vil arbeide videre med å utvide databasen, blant annet ved å legge inn informasjon som varsler om uheldige legemiddelkombinasjoner.

Legemiddelverket har i 2010 tatt i bruk sosiale medier i sin kommunikasjon og har blant annet brukt Facebook og blogg.no i en informasjonskampanje om p-piller. Legemiddelverket er i dialog med andre myndighetsorganer, pasientorganisasjoner og med relevante fagmiljøer for å fremme riktig legemiddelbruk.

Legemidler skal ha lavest mulig pris

Prisundersøkelser de siste tre årene har bekreftet at Norge er blant de billigste av ni vesteuropeiske sammenlikningsland på legemidler og har de laveste prisene på byttbare legemidler som er inkludert i trinnprissystemet. Trinnprismodellen omfatter om lag 60 virkestoff. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler og endringer av reguleringene. Legemiddelverket har evaluert apotekavansen og har på bakgrunn av undersøkelsen anbefalt at avansen ikke endres.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å redusere bevilgningen med 4,4 mill. kroner sammenholdt med saldert budsjett 2010. Denne reduksjonen må ses i sammenheng med at Legemiddelverket har hatt noe nedgang i antallet søknader om markedsføringstillatelse.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
02	Diverse inntekter	10 253	1 977	2 038
04	Registreringsgebyr	99 782	128 774	120 766
06	Refusjonsgebyr	2 160	2 489	2 566
16	Refusjon av foreldrepenger	2 973		
18	Refusjon av sykepenger	3 381		
	Sum kap. 3750	118 549	133 240	125 370

Post 02 Diverse inntekter

Posten gjelder gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner, godtgjørelse og refusjoner fra EMA samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

Post 04 Registreringsgebyr

Registreringsgebyret er et gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsfø-

ringstillatelse eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel. Legemiddelverket har en viss nedgang i antallet søknader om markedsføringstillatelse, og inntektsanslaget er derfor nedjustert sammenliknet med foregående år.

Post 06 Refusjonsgebyr

Refusjonsgebyret er et gebyr legemiddelfirmaene betaler for å få behandlet søknader om forhåndsgodkjent refusjon.

Kap. 751 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2009	budsjett 2010	2011
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 066	12 165	12 278
70	Tilskudd	49 360	57 377	59 156
	Sum kap. 751	60 426	69 542	71 434

Post 21 Spesielle driftsutgifter

I perioden 2006–2010 er midlene over denne posten brukt til å følge opp St.meld. nr. 18 (2004–2005) om legemiddelpolitikken. Helsedirektoratet har gjennom disse årene tildelt midler til prosjekter med målsetning å sikre riktigere legemiddelbruk. Flere prosjekter har hatt eldre legemiddelbrukere i fokus. Dette gjelder spesielt prosjekter om bruk av multidose, legemiddelhåndtering ved skifte av omsorgsnivå, samt bruk av legemiddelgjennomgang og -samtaler både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I 2010 ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å utarbeide en tiltaksplan for bedre legemiddelbehandling i sykehjem og i hjemmesykepleien. Formålet er å sammenfatte kunnskap og komme med konkrete forslag til tiltak som kan bedre legemiddelbehandlingen og legemiddelhåndteringen i denne delen av helsetjenesten. Dette arbeidet foreslås videreført i 2011. Midler under posten brukes også til å støtte et erfaringsbasert mastergradsstudium i klinisk farmasi ved Universitetet i Oslo som startet høsten 2009. I tillegg nyttes bevilgningen bl.a. til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboken.

Post 70 Tilskudd

Kompetansenettverk legemidler for barn

Helsedirektoratet ga i 2008 Barneklubben ved Haukeland sykehus i oppgave å etablere et nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn som et pilotprosjekt i 2008/2009. I 2010 ble det bevilget fem mill. kroner til nettverket, og dette muliggjorde drift i større skala. I sentralorganisasjonen er det ansatt leder og sekretær. Regionale representanter fra alle landets helseregioner har blitt tilknyttet nettverket. Det er opprettet utvalg for legemidler til barn ved alle landets sykehus med barneavdeling og sykehusapotek. Utvalgene er tverrfaglige og består av barnelege, sykepleier og farmasøyt. Videre er det innledet samarbeid med 16 institusjoner.

Det foreslås å bevilge fem mill. kroner i 2011 til videre arbeid i nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn.

Apotek

Det ble opprettet 31 nye apotek i 2009, mens fem apotek ble lagt ned. Per 18. august 2010 er det til sammen 669 apotek i Norge, fordelt på 248 kommuner.

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis støtte til Institutt for energiteknikk (IFE) i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler.

Fraktfusjon av legemidler

Fraktfusjonsordningen gjelder for pasienter som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å oppsøke apotek. Under denne ordningen dekkes inntil 50 pst. av forsendelseskostnaden. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder.

Regionale legemiddelsentra

Det er i dag fire regionale legemiddelinformasjonssentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehuse. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis gir viktig informasjon for legemiddelforskrivning gjennom sin spørsmål- og svartjeneste for helsepersonell, som også omfatter spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient med spesielle behov.

Relis har også en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger,

vurderer årsakssammenhenger og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene, gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler.

I Innst. S. nr. 11 (2007–2008) ba Stortinget om å få utredet behovet for en telefontjeneste vedrørende helse og risiko i forbindelse med svangerskap, amming og småbarn. I 2011 skal RELIS starte et pilotprosjekt med en elektronisk publikumstjeneste for gravide og ammende. Tjenesten skal være en rådgivende instans om legemiddeleksponeringer av gravide og ammende, hvor rådene skal bygge på kunnskapsbasert informasjon. Pilotprosjektet skal evalueres og danne grunnlag for vurdering av videreføring av tjenesten.

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter, Vetlis, er organisert under Helse Sør-Øst, men finansiert gjennom Legemiddelverket. Vetlis har en landsdekkende funksjon og formidler produsentnøytral informasjon om bruk av legemidler til dyr. Riktig legemiddelbruk er viktig for å ivareta matvaresikkerhet og for å hindre antibiotikaresistens. Vetlis bidrar også med å utarbeide og evaluere statistikk over forbruket av antibakterielle midler i veterinærmedisinen.

Kap. 3751 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2009	budsjett 2010	2011
03	Tilbakebetaling av lån	225	176	181
	Sum kap. 3751	225	176	181

Under den tidligere apotekloven ga staten støtte i form av rentefritt lån ved etablering av nye apotek, overtakelse av apotek eller ved ombygging/oppgradering/flytting av apotekanlegg ol. Tilskudd

ble gitt for en periode på inntil fem år og gjaldt for alle apotek. Ordningen med rentefritt lån har nå opphørt.

Programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
760	Utredningsvirksomhet mv.	24 200			
761	Omsorgstjeneste	1 955 649	1 550 228	1 657 002	6,9
762	Primærhelsetjeneste		231 446	263 844	14,0
763	Rustiltak		642 896	723 503	12,5
764	Psykisk helse		751 576	759 042	1,0
769	Utredningsvirksomhet mv.		34 037	33 092	-2,8
	Sum kategori 10.60	1 979 849	3 210 183	3 436 483	7,0

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
01-23	Statens egne driftsutgifter	155 475	292 229	310 328	6,2
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	1 474 778	1 926 676	2 149 976	11,6
70-89	Andre overføringer	349 596	991 278	976 179	-1,5
	Sum kategori 10.60	1 979 849	3 210 183	3 436 483	7,0

Hoveddelen av Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd til helse- og omsorgstjenester i kommunene er samlet i programkategori 10.60. I tillegg kommer statlige trygderefusjoner til blant annet lege- og fysioterapitjenester, som er omtalt i programområde 30. Kommunenes frie inntekter finansierer for en stor del de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises derfor også til omtalen i Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon.

Kommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Rammene for kommunenes tjenestetilbud er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Virksomheten i

kommunenes helse- og omsorgstjeneste reguleres også gjennom sentralt avtaleverk mellom kommune, stat og yrkesorganisasjoner. Dette gjelder bl.a. fastlege- og fysioterapivirksomhet.

Høsten 2010 sendes forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov på høring. Forslaget er en oppfølging av det juridiske grunnlaget for Samhandlingsreformen. I tillegg ivaretar forslaget harmonisering av tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Lovforslaget vektlegger samarbeid og samhandling mellom deltjenester på samme forvaltningsnivå samt mellom forvaltningsnivåene slik at pasienter og brukere i større grad vil få gjennomgående og helhetlige pasientforløp og tjenester. Det tas

sikte på at lovproposisjon kan fremmes for Stortinget våren 2011.

Målet for helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte bruker. Tjenestene skal være likeverdige og av god kvalitet. Det er opp til kommunen å innrette tjenestene slik at de dekker de lovpålagte oppgavene innenfor forebygging, behandling, rehabilitering og omsorg. Å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker er sentralt i den kommunale tjenesteytingen, jf. Samhandlingsreformen.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i utvikling. De siste 20 årene har kommunene fått nye oppgaver og samtidig hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper. Innføring av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt gjennomføring av sykehjemsreformen, reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, fastlegereformen og Opptrappingsplanen for psykisk helse står som viktige milepæler i denne utviklingen. Til sammen har dette lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på kommunalt nivå. Innenfor den kommunale helsetjenesten har det vært en betydelig utvikling i oppgaveløsningen de siste 20 årene både i tjenester som utføres innenfor kommunal forvaltning og i tjenester som leveres av fastlege og fysioterapeuter med avtale. Økning i aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, samt omlegging av driften til kortere liggetid og overgang til mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet, har medført at flere oppgaver enn tidligere blir løst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Utviklingen viser også at det ytes mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene enn tidligere. Samtidig er det skjedd en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebasert behandling og oppfølging. Nye tall viser blant annet en markant økning i antallet brukere som får hjemmesykepleie de siste ti årene.

Andre trekk ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene er en tjenesteinnretning som i stor grad vektlegger livskvalitet, mestring og trygghet i hverdagen. Tjenestetilbudet har gjennomgående fått en mer aktiv profil og det legges større vekt på brukerinnflytelse. Slik sikres det at brukerne av helse- og omsorgs-

tjenester kan leve et mest mulig verdig og selvstendig liv.

Helse- og omsorgstjenesten skal gi befolkningen tjenester av god kvalitet uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne. Målet for kommunene er å tilby tjenester som er tilpasset brukernes individuelle behov uavhengig av om de har psykiske lidelser, somatiske problemer eller rusmiddelproblemer.

Brukere av helse- og omsorgstjenestene

I gjennomsnitt er hver innbygger i konsultasjon hos fastlegen vel 2,5 ganger per år – kvinner 2,9 og menn 2,1 – ifølge Nav (2007). Oppslutningen om helsestasjonen er stor. Gjennomsnittlig fram møte ved samtlige fire kontroller før annen klasse er 93 pst.

I overkant av 265 000 personer mottok omsorgstjenester i 2009. Om lag 17 pst. mottok sitt tjenestetilbud i institusjon, mens 66 pst. av brukerne fikk sitt tjenestetilbud gjennom hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand (hjemmehjelp, hjemmevaktmester mv.). Om lag 18 pst., eller vel 47 000 personer, mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt osv.

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser og deres familier og nettverk. En undersøkelse fra Sintef (2007) anslår at det er om lag 70 000 mottakere av kommunale tjenester (eksklusiv legetjenester) hvor hovedårsaken til bistandsbehovet var psykiske lidelser/problemer. Det er vanskelig å få fram presise tall om antall personer med rusmiddelproblemer som benytter kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet fordi tjenesteyting registreres på bakgrunn av behov og ikke diagnose.

Personell

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) har det i perioden 2005 til 2009 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten med om lag 15 pst. fra 2005 til 2009.

Tabell 5.14 Årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2005–2009¹

	2005	2006	2007	2008	2009
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	4 219	4 281	4 396	4 533	4 637
Årsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten ²	2 701	2 841	3 002	3 062	3 096
Fysioterapiårsverk ³	4 148	4 205	4 255	4 334	4 220
Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene	107 071	113 220	118 189	121 209	123 482
Sum	118 139	124 547	129 842	133 138	135 435

¹ Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra. Tall for 2009 er foreløpige.

² Leger og fysioterapeuter er ikke inkludert.

³ Private fysioterapeuter uten avtale er ikke medregnet i årsverkstallene for 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Finansiering av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter, men også gjennom øremerkede tilskudd, trygderefusjoner og brukerbetaling. De frie inntektene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene. Det overordnede formålet med inntektssystemet er å utjevne kommunenes forutsetninger for å gi et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere.

Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester var om lag 85 mrd. kroner i 2009. Omsorgs-

tjenesten utgjør alene om lag 27,2 pst. av de samlede brutto driftsutgiftene for kommunene, eller om lag 75 mrd. kroner. Kommunenes utgifter til rusmiddeltak og til psykisk helse inngår for en stor del i kommunenes samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester.

Statlige trygderefusjoner til helsetjenester i kommunene omfatter bl.a. allmennlegetjenester, fysioterapi og jordmortjeneste og utgjør om lag 5,8 mrd. kroner. Nærmere omtale av utviklingen i trygderefusjoner er gitt under programområde 30. Brukerbetaling og egenandeler utgjør i tillegg en del av finansieringen av helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 5.15 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mill. kroner)

	2005	2006	2007	2008	2009*
Brutto driftsutgifter i kommunene i alt	206 539	220 347	238 054	261 469	283 692
Brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester	7 910	8 373	8 968	9 842	10 521
Brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester i alt	53 165	57 913	62 957	70 613	74 781

* Tall for 2009 er foreløpige

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Gjennom ulike datakilder som Kostra, Iplos, fastlegedatabasen, legeoppgjørsdata og datamateriale fra ulike fag- og forskningsmiljøer har vi i dag relativt god oversikt over utviklingen i de ulike delene av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Departementet arbeider med å få bedre analyser av den samlede tjeneste- og kostnadsutviklingen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Hovedutfordringen for helse- og omsorgstjenestene i kommunene er både å samhandle bedre med spesialisthelsetjenesten samt å sikre god

samhandling mellom de ulike deltjenestene i kommunen. I mange sammenhenger, både organisatorisk og ut fra finansieringskilde, er det vanlig å skille mellom omsorgs-, sosial- og primærhelsetjenester. I tillegg har man gjennom satsinger som Opptappingsplanen for rusfeltet og Opptappingsplan for psykisk helse fokusert særskilt på tjenestetilbudet til mennesker med rusmiddelproblemer og på psykisk helsearbeid i kommunene. For brukerne av tjenestene kan et slikt fragmentarisk tjenestesystem være utfordrende. Dette er

det et mål for regjeringen å endre gjennom oppfølging av Samhandlingsreformen.

Ny refusjonsordning for utgifter til helsehjelp i utlandet

Det skal etableres en ny bestemmelse i folketrygdloven (§ 5-24a) om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i et annet EØS-land etter regler i forskrift. Det tas sikte på at refusjonsordningen settes i verk fra 1. januar 2011. Det forvaltningsnivå som har sørge-for-ansvaret for den aktuelle tjenestetypen skal dekke utgiftene for helsehjelp i utlandet. Dette gjelder helsetjenester utenfor sykehus.

Det vises til nærmere omtale under programområde 30.

Tilsynserfaringer

Statens helsetilsyn har gjennom tilsyn med de kommunale helsetjenestene avdekket mangler og utfordringer. Tilsynsmeldingen for 2009 vektlegger behovet for større grad av faglig styring av tjenestene. Det er ofte utarbeidet uklare mål og krav til tjenestene som gjør planlegging og kontroll vanskelig. Styrende organ må gjøre det klart hva slags kvalitet som forventes av tjenestene og lage modeller og indikatorer for oppfølging ut fra disse kvalitetsmålene. En stor del av de enkeltfunn som er gjort i tilsyn, både planlagte tilsyn og tilsyn i forbindelse med alvorlige hendelser, har vist at feil og hendelser har bakgrunn i manglende styringssystemer.

Samhandling

St.meld. nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen, ble behandlet i Stortinget 27. april 2010. Meldingen angir følgende hovedutfordringer for å få til bedre samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgstjenestene:

- pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Regjeringen vil på bakgrunn av Stortingets behandling arbeide videre med utformingen av en ny kommunal helse- og omsorgslov, et forpliktende avtaleverk mellom kommuner og helseforetak, en gjennomgang av rammebetingelsene for allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen, og økonomiske virkemidler som redusert

ISF-andel i spesialisthelsetjenesten, samt å gi kommunene økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Gjennomføring av samhandlingsreformen

Stortingsmeldingen og Stortingets behandling av denne gir grunnlaget for den konkrete innretningen av tiltak på de ulike utviklingsområdene. Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger at implementeringen av reformen skal være et langsiktig planarbeid som preges av involverende og inkluderende prosesser med berørte aktører og brukergrupper og et helhetlig og koordinert gjennomførings- og oppfølgingsarbeid.

Følgende milepæler legges til grunn for gjennomføringen av reformen:

1. Nasjonal helse- og omsorgsplan legges fram i 2011. Planen er et virkemiddel for realisering og videreutvikling av nasjonal helse- og omsorgspolitikken og en konkretisering av samhandlingsreformen, herunder ny finansierungsordning i 2012.
2. Høsten 2010 sendes forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester på høring. Forslaget er en oppfølging av det juridiske grunnlaget for samhandlingsreformen. I tillegg ivaretar forslaget harmonisering av tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Lovforslaget vektlegger samarbeid og samhandling mellom deltjenester på samme forvaltningsnivå og mellom forvaltningsnivåene slik at pasienter og brukere i større grad vil få gjennomgående og helhetlige pasientforløp og tjenester. Det tas sikte på at lovproposisjon kan fremmes for Stortinget våren 2011.
3. Videre sendes forslag til ny lov om folkehelsearbeid på høring høsten 2010. Forslaget er blant annet en oppfølging av samhandlingsreformen som legger økt fokus på forebygging og tidlig innsats. Gjennom lovforslaget legges det til rette for mer effektivt og målrettet folkehelsearbeid blant annet ved å legge til rette for mer systematisk og langsiktig arbeid samt løfte fram folkehelse som et lokalt og regionalt politisk tema. Det tas sikte på at lovproposisjon kan fremmes for Stortinget våren 2011.

Ytterligere konkretiseringer av tiltak i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å sikre gjennomføring av reformen, vil bli presentert for Stortinget i egnet form.

Status 2010 – mål og tiltak for 2011

Med utgangspunkt i dagens og framtidens utfordringer er et av hovedgrepene i meldingen å utvikle en ny framtidig kommunerolle, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene må rustes opp og gis insitamenter til å fremme god helse, øke den enkeltes mestringsevne, forhindre sykdomsutvikling og begrense innleggelse i sykehus. På denne bakgrunn skal alle tiltak på de kommunale tjenesteområdene understøtte samhandlingsreformens intensjoner og målsettinger, og sikre en vridning av ressursinnsatsen mot tiltak som vil bidra til mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdom.

For å sikre en langsiktig utvikling av framtidens kommunerolle foreslår regjeringen en styrking av midler til samhandling på 200 mill. kroner i 2011, herunder 100 mill. kroner til kommunesamarbeid og utvikling av lokalmedisinske sentra og 10 mill. kroner til forskning om samhandling. Videre foreslås det at 10 mill. kroner anvendes til styrking av kommunenes planleggingskompetanse, 5 mill. kroner til utdanningsstillinger i allmennmedisin, 50 mill. kroner til utvikling av IKT i helsetjenesten og 10 mill. kroner til livsstilsendingsprosjekt. Det foreslås videre 5 mill. kroner til utvikling av kommunedata på forbruk av spesialisthelsetjenester og 10 mill. kroner til informasjonstiltak og erfaringsoppsamlinger om samhandlingsreformen. I tillegg foreslås det å videreføre 380 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2011. Det foreslås en samlet bevilgning på 580 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2011.

Forskning og kompetanseutvikling.

For å bedre kvaliteten på tjenestene for den enkelte bruker er det nødvendig med et solid kunnskapsgrunnlag. For å sikre et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for utvikling av mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester og bidra til økt kompetanse innen forebygging og helsefremmende arbeid, foreslås en styrking på forskning og kompetanseutvikling på til sammen 35 mill. kroner i 2011 til følgende tiltak:

- Det foreslås å styrke samhandlingsforskning med 10 mill. kroner. Det er behov for økt forskning og kunnskap om organisatoriske tiltak og

effekter av disse som kan bidra til bedre samhandling i tråd med reformens målsettinger. Det foreslås derfor å styrke Program for helse- og omsorgstjenesteforskning i Norges forskningsråd med 10 mill. kroner til forskning på effekter av ulike samhandlingstiltak i 2011. Det vises til kap. 780, post 50.

- Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til utdanningsstillinger i allmennmedisin. Dette skal bidra til å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i legestillinger i kommunene og sikre like vilkår for utdanningsstillinger i kommune som i spesialisthelsetjenesten. Det vises til kap. 762, post 70.
- 10 mill. kroner foreslås bevilget til et opplæringsprogram, Samhandling i plan, for å styrke kapasitet og kompetanse for kommunal og regional planlegging. Det foreslås å bevilge 10 mill. kroner til formålet i 2011. Det vises til kap. 761, post 21.
- 10 mill. kroner foreslås bevilget til livsstilsendingsprosjekt, der en gjennom forsøksprosjekt undersøker om livstilsintervensjon kan ha effekt på utvikling av sykdom. Det vises til kap. 733, post 72.

I tillegg foreslås videreført 14 mill. kroner til omsorgsforskning fra 2010. Dette skal blant annet bidra til å bedre forutsetningene og kunnskapsgrunnlaget for lokal og nasjonal planlegging og gi økt kunnskap om utvikling av oppgaver og virksomhetstyper, framtidig kompetansebehov og hensiktsmessig og effektiv organisering og ressursfordeling. Det vises til kap. 761, kap. 780, post 70, og kap. 769, post 21.

4 mill. kroner foreslås videreført til de allmennmedisinske forskningsenhetene. Satsningen knyttes mot psykisk helse og rusmiddelproblematikk spesielt. Det vises til kap. 762, post 70.

Det foreslås å videreføre krav til de regionale helseforetakene om at minst 15 mill. kroner av den del av basisbevilgningen som helseforetakene bruker til forskning skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises til kap. 732, post 72–75.

Det foreslås en samlet bevilgning på 68 mill. kroner til forskning og kompetanseutvikling i 2011.

Samhandlingstiltak, lokalmedisinske sentra og informasjonstiltak

Satsningen foreslås styrket med 110 mill. kroner i 2011 i tillegg til videreføring av 33 mill. kroner.

Midlene skal gå til utvikling av lokalmedisinske sentra og andre samhandlingstiltak som en del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og utvikling av samarbeid om andre oppgaver, for eksempel oppbygging av ambulante team eller lærings- og mestringstjenester i kommunal sektor. Dette kan bidra til å sikre brukere større nærhet til tjenestetilbudet og redusere bruk av sykehustjenester. Samarbeid om viktige oppgaver vil bidra til å styrke kommunene faglig og kompetansemessig, samt styrke kommunenes posisjon som aktør i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås en samlet bevilgning på 143 mill. til utvikling av samhandlingstiltak, lokalmedisinske sentra og informasjonstiltak. Det vises til kap. 761, post 67, og 721, post 21.

IKT

Det foreslås en styrking på 50 mill. kroner til utvikling av Norsk Helsnett, etablering av elektronisk kjernejournal og generell styrking av infrastrukturen på IKT området, for å fremme samhandling i helsesektoren. Enkel tilgang til kunnskap for alt helsepersonell er en forutsetning for god kvalitet i alle deler av helsetjenesten. En felles faglig plattform med retningslinjer, prosedyrer og annen kunnskapsstøtte for hele helsetjenesten vil være et viktig virkemiddel i samhandlingsreformen. En samordnet nasjonal kunnskapstjeneste er både økonomisk og faglig fordelaktig. Det vises til kap. 720, post 21.

Forebyggende helsetjenester

Av økningen i frie inntekter i 2010 ble 230 mill. kroner begrunnet med en styrking av det forebyggende helsearbeidet i kommunene. Midlene er videreført i kommunenes inntektsramme. Det vises til omtale under kap. 762. Forventningene til kommunene ble formidlet gjennom det årlige rundskrivet IS-1/2010 Nasjonale mål og hovedprioriteringer. Helsedirektoratet fikk tildelt 6 mill. kroner for å følge satsingen i 2010. Dette foreslås videreført i 2011. Det ble bevilget 4 mill. kroner til Norges idrettsforbunds satsing på fysisk aktivitet, som helseforebyggende tiltak i 2010. Satsningen videreføres i 2011. Det vises til kap. 719, post 73.

Utvikling av kommunedata på forbruk av spesialisthelsetjenester

Det foreslås bevilget 5 mill. kroner til Helsedirektoratet til utvikling av kommunedata på forbruk av spesialisthelsetjenester. Tilgjengeliggjøring av god og kvalitetssikret styringsinformasjon fra spesialisthelsetjenesten er en sentral premisse i samhandlingsreformen. Det vises til omtale under kap. 720, post 01.

Samhandlingstilskudd under Opptrappingsplanen for rusfeltet

Det foreslås å videreføre 5 mill. kroner til ulike samhandlingsprosjekter knyttet til helhetlige tjenestetilbud til rusmiddelavhengige. Det vises til kap. 763, post 21.

Samhandlingstiltak innen psykisk helse

For å bidra til utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommune og spesialisthelsetjenesten om psykisk helse foreslås det å videreføre 50 mill. kroner over kap. 764, post 60. Aktivt oppsøkende behandlingsteam utgjør en viktig del av satsingen og bidrar til å styrke tilbudet til dem som i dag har et underforbruk av tjenester, eller som ikke mottar noen tjenester.

Sykestueprosjekt

Det foreslås å videreføre forsøksordning med aktivt basert finansiering av sykestuene i Finnmark med 8 mill. kroner i 2011. Det vises til kap. 732, post 70.

Satsinger

I alt foreslås det å styrke tiltak under programkategorien med 193,5 mill. kroner. Styrkingen er fordelt på Samhandlingsreformen (115 mill. kroner, jf. kap. 761 og 762), styrking av skolehelsetjenesten i kommuner med store sosiale helseforskjeller (2,5 mill. kroner, jf. kap. 762), gjennomføring av ny særreaksjon for utilregnelige lovbrøyttere (6 mill. kroner, jf. kap. 764) og Opptrappingsplanen for rusfeltet (70 mill. kroner, jf. kap. 763).

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2009	budsjett 2010	2011
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	134 645	140 872	117 039
60	Omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	163 757	193 555	188 762
61	Vertskommuner	941 098	971 213	965 149
63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	254 982		
66	Brukerstyrt personlig assistanse	79 555	82 320	84 790
67	Utviklingstiltak	35 386	36 882	170 988
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	135 979		
71	Frivillig arbeid mv.	21 208	19 307	21 906
72	Landsbystiftelsen	61 636	63 608	65 580
73	Særlige omsorgsbehov	11 819	19 913	20 530
75	Kompetansetiltak	4 728	9 961	9 270
76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	7 477		
77	Kompetansesentra mv.	91 173		
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	12 206	12 597	12 988
Sum kap. 761		1 955 649	1 550 228	1 657 002

Følgende bevilgninger foreslås flyttet:

- 12,8 mill. kroner fra post 21 til kap. 1510, post 01
- 34 mill. kroner fra post 21 til post 67
- 2 mill. kroner fra post 21 til post 71
- 10,6 mill. kroner fra post 60 til post 21
- 1 mill. kroner fra post 67 til post 21
- 1 mill. kroner fra post 75 til post 21
- 2 mill. kroner knyttet til post 21 fra kap. 769, post 21

Den overordnede målsettingen for dagens og framtidens omsorgstjenester er å bidra til at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv på tross av krevende livsutfordringer, sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt. Befolkningen skal få tilgang til et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tjenestetilbud med:

- god kvalitet og tilstrekkelig kapasitet
- høy kompetanse, god rekruttering og stabil bemanning
- helhetlige, koordinerte og sammenhengende tiltakskjeder

- høy grad av brukerinnflytelse og personlige valgmuligheter

Dette innebærer at omsorgstjenestene må organiseres slik at brukerne så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Kommunene skal også i framtida ha ansvaret for utforming og utbygging av omsorgstjenestene på vegne av fellesskapet. Regjeringen vil derfor legge vekt på at kommunene i størst mulig grad skal uforme og bygge ut et omsorgstilbud i tråd med brukernes ønsker og lokale forhold og behov, i et tett samarbeid mellom offentlige tjenester, familie og lokalsamfunn.

De kommunale omsorgstjenestene er i den form de har i dag, stort sett bygd opp de siste 40 år. I 1966 var det ifølge historisk statistikk fra Statistisk sentralbyrå om lag 10 000 årsverk i disse tjenestene. I 2009, vel 40 år senere, er denne sektoren vokst til 123 000 årsverk og er nå større enn spesialisthelsetjenester målt i antall utførte årsverk. Omsorgstjenestene utgjør alene om lag 27

pst. av de samlede driftsutgifter for kommunene. Handlingsplan for eldreomsorgen, reformen for mennesker med utviklingshemming, Opptappingsplan for psykisk helse og Omsorgsplan 2015 har muliggjort en nødvendig utbygging og modernisering av de kommunale omsorgstjenestene, som nå dekker hele livsløpet og har et stort mangfold av boformer og faglige tilnærminger. Dette gjelder enten tjenestene gis i sykehjem, omsorgsboliger, vanlige hjem, dagsentra eller avlastnings tiltak.

Omsorgstjenestens brukere

I alt mottok i overkant av 265 000 personer pleie- og omsorgstjenester i 2009. Av disse fikk om lag 44 000 opphold i institusjon, om lag 174 000 mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand (hjemmehjelp, hjemmevaktmester etc.), og vel 47 000 personer andre tjenester (avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv.).

Om lag 6 pst. av mottakerne av pleie- og omsorgstjenester i 2009 var under 18 år. Tilretteleggingen av det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier er avhengig av god samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Fra sykehjemmene ble overtatt av kommunene for 20 år siden, har omsorgstjenesten omtrent blitt fordoblet til over 120 000 årsverk i dag. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene. For 20 år siden gikk to tredjedeler av årsverkene til institusjonsomsorg og en tredjedel til hjemme-

tjenester. I dag er det hjemmetjenestene som har flest årsverk.

Kommunene har de siste 20 årene fått tilført mange nye oppgaver og nye brukergrupper som spesialisthelsetjenesten tidligere hadde ansvar for. Denne utviklingen har dels skjedd gjennom reformer (sykehjemsreformen, reformen for mennesker med utviklingshemming og Opptappingsplan for psykisk helse), og dels ved endringer i oppgavefordelingen med spesialisthelsetjenesten på den ene side, og familie/frivillige på den andre siden. Endringene i oppgavefordeling har delvis skjedd i kjølvannet av reformene og som en konsekvens av dem. Dette gjelder spesielt de mange nye brukerne med alvorlige og langvarige skader og lidelser, ofte av nevrologisk art. I vel ti år har det også vært en pågående satsing på at yngre personer ikke skal bo i institusjoner for eldre. På denne bakgrunn har det meste av veksten i ressurser i omsorgssektoren de siste årene gått til hjemmetjenester for brukere under 67 år.

De siste ti årene har tallet på institusjonsbeboere og hjemmetjenestemottakere hatt en vekst på om lag 12 pst. Veksten har i hovedsak skjedd i aldersgruppene under 67 år, som i 2009 utgjorde hele 32 pst. av tjenestemottakerne. Dette må ses i sammenheng med at kommunene har fått større ansvar for mennesker med utviklingshemming, rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og den sterke tilveksten i brukergrupper med nedsatt funksjonsevne og langvarige somatiske lidelser, ofte av nevrologisk art.

Tabell 5.16 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Etter alder og type tjeneste i pst. 2009¹

	Antall mottakere	I alt	Praktisk bistand og/ eller hjemmesykepleie	Andre tjenester til hjemmeboende ²	Opphold i institusjon ^{3, 4}
I alt	265 430	100	66	18	17
0–17 år	14 759	100	11	80	8
18–49 år	46 811	100	79	18	2
50–66 år	33 741	100	80	14	6
67–79 år	47 522	100	69	14	16
80–89 år	91 563	100	64	14	22
90 år og eldre	31 034	100	55	8	37

¹ Tall for 2009 er foreløpige.

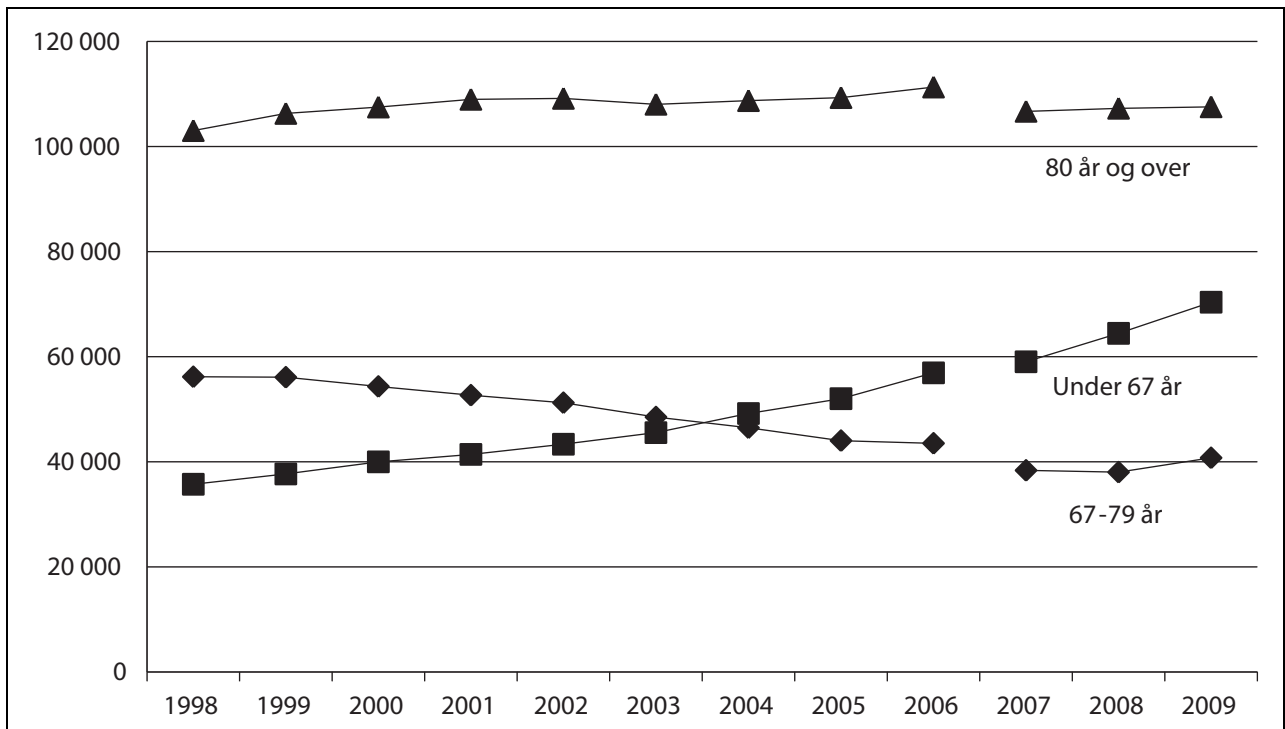
² For eksempel støttekontakt, omsorgslønn, avlastning utenfor institusjon eller matombringning.

³ De fleste under 50 år har tidsbegrenset opphold, mens de fleste over 50 år har langtidsopphold.

⁴ Sykehjem og boform med heldøgns pleie og omsorg hjemlet etter kommunehelsetjenesteloven, og aldershjem, barneboliger og avlastningsboliger/-institusjoner hjemlet etter sosialtjenesteloven.

I 2009 mottok om lag 174 000 personer hjemmesykepleie og praktisk bistand. Også blant disse er det tjenestemottakere under 67 år som har hatt den sterkeste veksten de siste ti år. Mens tallet på

hjemmetjenestemottakere over 80 år har vært stabilt, har det vært en betydelig reduksjon i antallet mottakere mellom 67–79 år fra midten av 90-tallet og fram til 2006.



Figur 5.2 Antall mottakere¹ av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1998-2009^{2, 3}

¹ Mottakere er her beboere i institusjoner for heldøgns omsorg og pleie og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand.

² Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet per summeriske skjema. Fra og med 2007 er data hentet fra Iplos-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år.

³ Tall for 2009 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

I 2009 var det i overkant av 44 000 beboere i omsorgstjenestens institusjoner. Størstedelen av beboere med langtidsopphold i institusjon er i aldersgruppen over 80 år, mens det er svært få tjenestemottakere under 67 år som bor i institusjon.

Samtidig viser tallene at aldersgruppen 0–17 år benytter tilbud om korttidsopphold i institusjon. Her dreier det seg vanligvis om avlastningsopphold eller opphold i barnebolig.

Tabell 5.17 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester 1998–2009^{1, 3}

	1998	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Beboere i institusjoner for heldøgns omsorgs og pleie ²	42 406	42 236	40 719	40 537	42 293	42 106	44 408
Mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand	152 796	159 669	164 623	171 226	161 817	167 648	174 275
Beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål	40 617	45 515	48 821	50 194	47 308	49 463	49 500 ⁴

¹ Brudd i tidsserie. Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet per summeriske skjema. Fra og med 2007 er data hentet fra Iplos-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år. (For å oppnå en sammenhengende tidsserie har Statistisk sentralbyrå korrigert de nasjonale tallene tilbake til 1997 (SSB Notat 2009/48. http://www.ssb.no/emner/03/02/notat_200948.pdf).

² Sykehjem og boform med heldøgns pleie og omsorg hjemlet etter kommunehelsetjenesteloven, og aldershjem, barneboliger og avlastningsboliger/-institusjoner hjemlet etter sosialtjenesteloven.

³ Tall for 2009 er foreløpige.

⁴ Anslått verdi 2009, på grunnlag av Iplos-tall 2008 og tall fra Husbanken.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Generelt har antall beboere i institusjon vært forholdsvis stabilt, mens det har vært en økning i beboere i boliger til pleie og omsorgsformål fra vel 40 000 i 1998 til over 49 000 i 2009. Relativt sett er det beboere under 66 år som har hatt den sterke veksten.

Bistandsbehov og tjenestetilbud

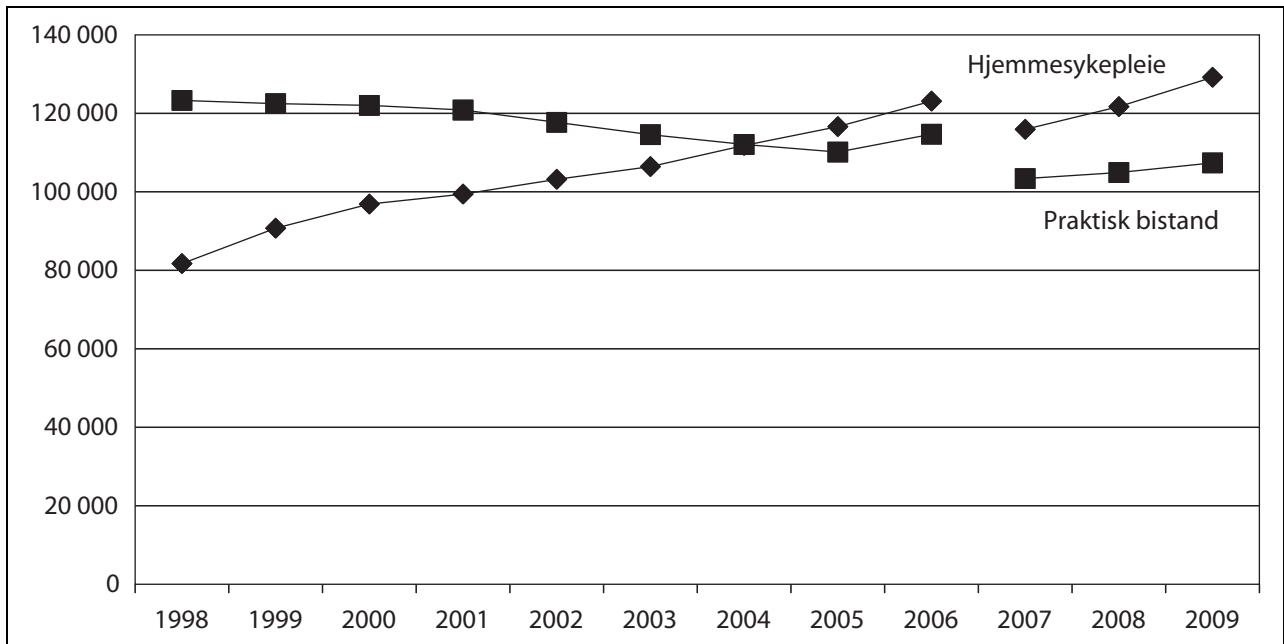
Tall fra Iplos viser at kommunene yter flest ressurser til de som trenger det mest. Beboere på langtidsopphold i institusjon har gjennomgående et mer omfattende bistandsbehov enn mottakere av hjemmetjenester. 90 pst. av institusjonsbeboerne (som bor på institusjon med heldøgns bemaning) har et moderat til omfattende bistandsbehov mot bare 45 pst. av mottakerne av hjemmetjenester. Av eldre over 80 år med omfattende bistandsbehov, bor de fleste i sykehjem.

Blant yngre brukere av hjemmetjenester er andelen med et omfattende bistandsbehov større enn blant eldre. Disse tjenestemottakerne får sitt tilbud fra hjemmetjenestene på nesten samme nivå som i sykehjem, målt i timetall. Brukere med

omfattende bistandsbehov mottar i gjennomsnitt 15 ganger så mye hjemmesykepleie og praktisk bistand som tjenestemottakere med noe/avgrenset bistandsbehov. Imidlertid synes det som om de eldste mottar vesentlig mindre hjelp enn yngre tjenestemottakere. Dette kan henge sammen med at de fleste eldre med omfattende bistandsbehov ofte bor på institusjon og at de eldre som bor hjemme ofte bor sammen med andre og får hjelp fra pårørende. Nesten en tredel av alle hjemmetjenestemottakere er brukere under 67 år.

Nyere forskning (Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), 2010) viser at de største endringene i de kommunale omsorgstjenestene de siste årene i stor grad har skjedd i hjemmetjenestene.

Veksten i antall brukere mellom 1992 og 2007 har i all hovedsak kommet innen de hjemmebaserte tjenester, og er i hovedsak yngre brukere under 67 år. Siden 2007 har helse- og omsorgssektoren fått 1700 flere eldre brukere over 67 år, mens det er kommet til 11 000 nye yngre brukere. 87 pst. av alle nye brukere av pleie- og omsorgstjenester de siste fire årene er under 67 år.



Figur 5.3 Antallet mottakere av hjemmesykepleie eller praktisk bistand 1998–2009^{1, 2}

¹ Brudd i tidsserie. Fram til 2006 er tallet på mottakere innhentet per summariske skjema. Fra og med 2007 er data hentet fra Iplos-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år.

² Tall for 2009 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Nesten 9 av 10 nye årsverk i perioden 2002–2007 har gått til hjemmebaserte tjenester. Det er hjemmesykepleien som først og fremst er i vekst sammen med andre fagtilbud utført av helse- og sosialpersonell med høgskole- og universitetsutdanning, mens den tradisjonelle hjemmehjelpstjenesten reduseres. Tallene kan tyde på at kommunene har foretatt en bevisst prioritering av de mest hjelpetrengende brukerne, men at terskelen for å bli tjenestemottaker er blitt noe høyere. Dette kan innebære at omsorgstjenesten forsterker sin innsats på behandling og pleie på bekostning av tidlig intervensjon og forebygging, som har preget hjemmehjelpsordningene tidligere.

Veksten i omsorgstilbudet til eldre over 67 år har kommet i form av en noe styrket bemanningsfaktor i sykehjemmene, og ikke i form av vekst i hjemmetjenestetilbudet. Noe av årsaken kan ligge i at de yngste eldre (67–80 år) er redusert i antall de siste 15 årene, og at funksjonsevnen blant yngre eldre er bedret med økende levealder.

Befolkningsframskrivninger viser at tallet på eldre over 80 år vil flate ut de neste femten årene, for deretter å øke fram mot 2030. Antallet eldre over 90 år vil imidlertid fortsette å øke de nærmeste årene, og stille krav til fortsatt utbygging av kapasitet og årsverksinnsats. Antallet personer i aldersgruppen 67–79 år vil også ha en økning i årene som kommer og vil spesielt være en utfordring for hjemmetjenestetilbudet. På bakgrunn av

denne utviklingen er det viktig å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden de neste 10–15 årene til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet og forberede den raske veksten i antallet eldre over 80 år som forventes om 10–15 år.

Når det gjelder framtidig planlegging av omsorgstjenestene er det også grunn til å peke på at sykdomsbildet er i endring, og at morgendagens eldre trolig vil ha andre ressurser å møte alderdommen med, i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre utdanning enn tidligere generasjoner.

Utvikling i botilbud

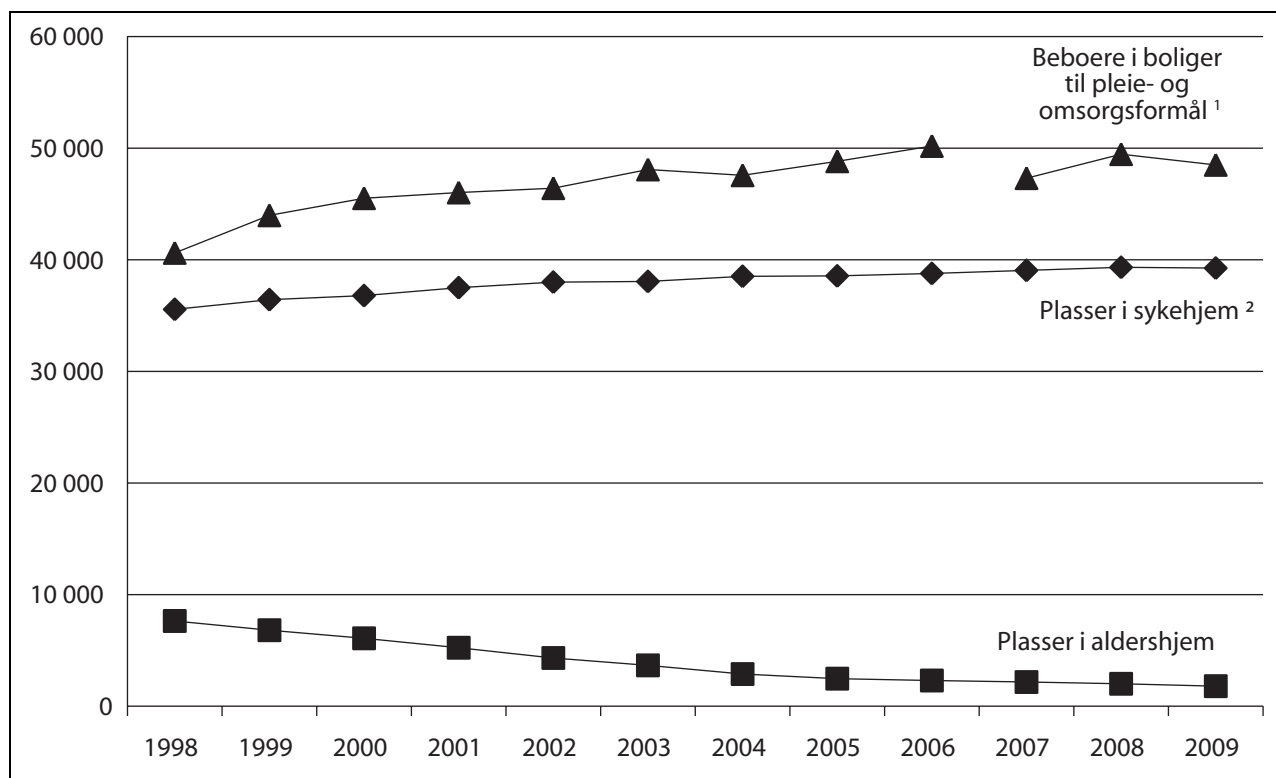
Antallet institusjonsplasser i sin helhet har blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift, mens tallet på sykehjemsplasser har hatt en økning fra 36 000 til om lag 39 000 siden 1998. Halvparten av institusjonsplassene er samtidig fornyet eller skiftet ut i perioden med Handlingsplan for eldreomsorgen. Den andre halvparten av bygningsmassen vil trenge fornyelse eller utskifting i årene som kommer.

Mange kommuner yter omsorgstjenester i boliger til pleie- og omsorgsformål, og antallet beboere i slike boliger har hatt en vekst fra om lag 42 000 til noe over 49 000 i samme tidsperiode. Av det totale antallet boliger til pleie- og omsorgsfor-

mål er vel halvparten omsorgsboliger nybygd med tilskudd fra Husbanken etter 1994.

Når det gjelder heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, opererer SSB i 2009 med en dekningsgrad på 28 pst. sett i forhold til antallet innbyggere på 80 år og over. Av disse 28

bor grovt sett 18 i sykehjem og ti i omsorgsboliger. I tillegg er det en del mennesker som mottar heldøgns omsorg i eget hjem. Utviklingen i omsorgstjenesten må derfor vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem.



Figur 5.4 Botilbud i institusjon og boliger til pleie- og omsorgsformål 1999–2009³

¹ Anslått verdi 2009, på grunnlag av Iplos-tall 2008 og tall fra Husbanken.

² Plasser i institusjoner hjemlet etter kommunehelsetjenesteloven, det vil si sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.

³ Tall for 2009 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Personellutvikling

Tall fra SSB viser at kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten med i overkant av 16 000 årsverk i perioden 2005–2009. Om lag 80 pst. av disse ble besatt av personell med helse- og

sosialfaglig utdanning. Dette har gitt en økning i andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og omsorgssektoren fra 66,4 pst. i 2005 til 68,3 pst. i 2009. Det legemeldte sykefraværet har vært stabilt i perioden 2005–2008, med en liten økning i 2009.

Tabell 5.18 Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 2003–2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Årsverk innen pleie- og omsorg, i alt ¹	105 883	108 731	107 071	113 220	118 189	121 209	123 482 ⁵
Årsverk av leger i institusjon	259	260	275	289	320	343	383 ⁶
Årsverk av fysioterapeuter i institusjon	357	332	311	333	353	357	353 ⁴
Årsverk per mottaker ²	0,52	0,53	0,52	0,53	0,58	0,58	0,57 ⁶
Årsverk per 1 000 innb. 80 år og over	50,6	50,6	49,6	51,9	54,1	55,2	56,1
Andel legemeldt sykefravær av årsverk totalt ³	-	-	9,0	9,1	9,1	9,0	9,4

- ¹ Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket. Statistisk sentralbyrå har estimert årsverkstallet for 2004. Det er et brudd mellom 2003 og 2004 pga overgang fra skjemarapportering til registerdata.
- ² Mottakere i «Årsverk per mottaker» er summen av antall plasser i sykehjem og aldershjem, samt antall brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Tallene for «Årsverk per mottaker» har brudd mellom 2006 og 2007 ettersom tallet på hjemmetjenestebrukere før 2007 er basert på skjemarapportering og fra og med 2007 hentet fra Iplos.
- ³ Inkludert legemeldt sykefravær og fødselspermisjon, ekskludert egenmeldt sykefravær.
- ⁴ Tidsseriebrudd: Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstall for 2009.
- ⁵ Om lag 500 av årsverksveksten skyldes endringer som følge av forbedringer i grunnlagsregistrene.
- ⁶ Tall for 2009 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå: Arbeidsmarkedsstatistikk, pleie- og omsorgsstatistikk og kommunehelsestatistikk.

Frivillig omsorg

Beregninger viser at familieomsorgen representerer om lag 100 000 årsverk. Analyser av SSBs tidsbruks- og levekårsundersøkelser viser at omfanget av frivillig omsorg ikke øker i takt med omsorgsbehovet i befolkningen, og at det sannsynligvis er urealistisk å påregne at den vil vokse i årene som kommer (Rapport 11/2009 fra Østlandsforskning). Dette innebærer at veksten i omsorgsbehovet i hovedsak må løses av omsorgstjenestene. Det blir imidlertid av avgjørende betydning å opprettholde, styrke og vedlikeholde den ressursen den frivillige omsorgen i ulike former utgjør i møte med framtidens omsorgsutfordringer.

Tilsynserfaringer

Helsetilsynet i Sør-Trøndelag har gjennom tilsyn i 2009 vist at legefunksjonen i sykehjemmene i liten grad er organisert og styrt som en del av den totale virksomheten ved sykehjemmet, og at ansvar og myndighet er uavklart. Videre viser funnene at legedokumentasjonen i liten grad er omfattet av sykehjemmenes elektroniske journalsystem. Som del av Omsorgsplan 2015 har departementet igangsatt en rekke tiltak for å styrke den medisinske oppfølging av omsorgstjenestens brukere, herunder lokal normering av legetjenesten i sykehjem. Legeårsverksveksten i

sykehjem følges nøye, og det er en sterk vekst de siste fire årene.

I henhold til plan for tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre for perioden 2009–2012 har Statens helsetilsyn i 2009 utarbeidet veiledningsmaterieell til bruk for Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene i tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til eldre i 2010. Til sammen utstyres fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene med ni ulike veiledere som de kan velge blant ut fra vurderinger av lokale forhold. Tilsynsystemene er:

- identifikasjon, utredning og oppfølging av hjemmeboende eldre med demenssykdom
- forebygging og behandling av underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmetjenesten
- legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien
- rehabiliteringstilbud til eldre i sykehjem
- fastlegers utredning og oppfølging av pasienter med demenssykdom
- fastlegers legemiddelbehandling til eldre
- sjølmeldingstilsyn om legemiddelhåndtering i hjemmetjenester og sykehjem
- stikkprøvekontroll med tildeling av avlastning for eldre
- uanmeldt tilsyn

Statens helsetilsyn har også innledet arbeidet med forberedelser til et landsomfattende tilsyn i 2011 med tjenester til eldre i spesialisthelsetjenesten. Diakonhjemmet høgskolesenter utarbeidet i 2009 på oppdrag fra Helsetilsynet en kunnskapsopp-

summering, som sammen med tilsynserfaringer og annen kunnskap vil danne grunnlag for valg av områder for tilsynet.

Siste fase av satsingen vil være tilsyn med samhandlingen mellom ulike tjenester som ytes til eldre. Tilsynsaktivitetene i denne fasen er planlagt gjennomført i 2012.

Landsomfattende tilsyn i 2009 med tjenester til barn i barneboliger viser at mange kommuner ikke har god nok internkontroll og ikke sikrer at turnussammensetning og opplæring blir vurdert ut fra barnas behov. Legemiddelhåndtering viste seg å være et område med særlig behov for endring av praksis. Det er et kommunalt ansvar å sørge for internkontrollrutiner som sikrer oppfølging av legemiddelforskriften og nødvendig kompetanse i tjenestene. Helsedirektoratet følger opp gjennom sitt løpende arbeid med å understøtte kvalitetsutvikling i kommunene.

Finansiering av den kommunale omsorgstjenesten

Omsorgstjenestene i kommunene utgjorde i 2009 i underkant av 75 mrd. kroner, svarende til 27,2 pst. av de samlede driftsutgifter i kommunene. Det vesentligste av kommunenes omsorgstjenester er finansiert gjennom kommunenes frie inntekter. For kommunene utgjorde brukerbetaling både for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen 5,2 mrd. kroner. Som en egen øremerket ordning er det etablert et investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser med en statlig kostnad på om lag 6 mrd. kroner for 12 000 heldøgns omsorgsplasser over Kommunal og regionaldepartementets budsjett. I tillegg kommer bevilgninger til pleie- og omsorgsformål til blant annet vertskommuner for tidligere HVPU institusjoner (kap. 761, post 61) på nær 1 mrd. kroner, samt tilskudd til ressurskrevende tjenester over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. I tillegg vil mottakere av omsorgstjenester bl.a. også nytte fastlege- og fysioterapitilbudet som finnes i kommunen.

Egenandeler

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. ble i 2010 endret som en følge av økningen i det generelle prisnivået. For å oppdatere fribeløpet før beregning av vederlag for opphold i institusjon i samsvar med den alminnelige prisstigningen, foreslår departementet at dette fastsettes til 6600 kroner med virkning fra 1. januar 2011. Samtidig

justerer departementet maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med inntekt under 2 G fra 160 kroner til 165 kroner. For henholdsvis korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon endres maksimal egenandel fra 125 kroner til 129 kroner per døgn, og fra 66 kroner til 68 kroner per dag/natt. Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Omsorgsplan 2015

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. Utfordringene er først og fremst knyttet til nye brukergrupper og sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne, behovsvekst som følge av et økende antall eldre og knapphet på omsorgsytere. Omsorgsplan 2015 er Regjeringens handlingsplan for å sikre at samfunnet er rustet til å møte disse utfordringer, slik de er beskrevet i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Regjeringens hovedstrategi er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden de neste 10–15 årene til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet og forberede den raske veksten i antallet eldre over 80 år som forventes om 10–15 år.

Gjennom avtalen som er inngått mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre er Omsorgsplan 2015 utvidet og konkretisert. Avtalen viser at det er bred enighet om hovedlinjene i utviklingen av framtidens omsorgstjenester. Avtalen sikrer en langsiktig oppfølging av hovedmålene i Omsorgsplan 2015.

Omsorgsplan 2015 dekker hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av omsorgstjenesten, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Fortsatt er om lag 2/3 av omsorgstjenestens 265 000 brukere eldre over 67 år. Eldre er derfor en viktig målgruppe for tiltakene i Omsorgsplan 2015.

Omsorgsutfordringene berører mange samskapssektorer og krever et samspill med flere sektorer. Det er derfor av stor betydning at planleggingen på dette området er et sentralt tema i det lokale kommune- og økonomiplanarbeidet og ikke begrenses til sektorplaner for omsorgstjenestene. Utfordringene vil også kreve at de offentlige tjenestene i større grad spiller sammen med familieomsorg, ideelle organisasjoner og et levende sivilsamfunn. Både utviklingen i behov og framtidig knapphet på helse- og sosialpersonell tilsier at oppgavene må løses på andre måter og i et tettere samspill med tredje sektor. Frivillig sektor har høy kompetanse, stort engasjement og kan pre-

sentere nye løsninger på velferdsutfordringene. Det er behov for å legge til rette for bedre dialog mellom frivillig sektor og myndighetene.

Omsorgsplan 2015 har bidratt til å sette framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunene, og kommunesektoren har prioritert å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i omsorgstjenestene de siste årene.

Styrket innsats på omsorg

Som oppfølging av avtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre vil regjeringen fremme forslag om en egen verdighetsgaranti, dels nedfelt i lovverket, dels gjennom en egen forskrift om en verdig eldreomsorg. Det vises til høringsnotat til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester der dette er drøftet nærmere. Lovgivning vil ikke alene bedre situasjonen i omsorgstjenesten. Det er nødvendig med fortsatt ressursinnsats for å sikre et tilstrekkelig og forsvarlig omsorgstjenestetilbud. Regjeringens målsettinger om 12 000 nye årsverk i omsorgstjenesten i perioden 2008–2015, full sykehjemsdekning ved at alle som trenger heldøgnsomsorg skal få dette, fortsatt innsats knyttet til rekruttering og kompetanse, samt gjennomføring av Demensplan 2015 står derfor fast.

Det er i tillegg nødvendig å styrke innsatsen for hjemmeboende brukere med demens. Regjeringen vil derfor styrke innsatsen for demente gjennom Demensplan 2015. Midler til videre utbygging av dagaktivitetstilbud i kommunene vurderes i budsjettproposisjonene for det enkelte år. Regjeringen har som mål å innføre en lovfestet plikt til å tilby dagtilbud til demente når tilbudet er bygget videre ut. Saken tas opp i konsultasjonsordningen med KS.

For å sikre at alle kommuner som har behov for å bygge flere heldøgns omsorgsplasser får mulighet til det, vil Regjeringen endre investeringsordningen for sykehjem og heldøgns omsorgsplasser slik at fylkesmennenes prioriteringer av hvilke kommuner som skal få tilskudd avvikles. Samtidig oppheves fordelingen av tilsagnsrammer på Husbankregioner og fylker. Regjeringen vil følge utviklingen og vurdere eventuelle tiltak dersom det på denne bakgrunn skulle oppstå store ulikheter i heldøgnsstilbudet i kommunene. Kommunene vil fortsatt måtte søke Husbanken om tilskudd, og søknadene bli vurdert ut fra det regelverk og de kriterier som foreligger for tilskuddet, blant annet kravet om heldøgnsstilbud og universell utforming. For å legge til rette for en fortsatt sterk kommunal satsing på utbygging og fornyel-

se av sektoren, vil Regjeringen gi kommunene mulighet for tilsagn til 2000 nye heldøgns omsorgsplasser i 2011. Regjeringen vil sikre full sykehjemsdekning innen 2015 ved at alle som trenger heldøgnsomsorg skal få dette. Regjeringen vil gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015 for å sikre nok kapasitet, og utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det. Rammene for det enkelte år håndteres i den ordinære budsjettprosessen.

Målet om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten fra 2004 til 2009, ble oppfylt i 2008. Det er nødvendig å fortsette den sterke årsverksveksten i årene som kommer. Regjeringen har derfor som målsetting å etablere 12 000 nye årsverk i perioden 2008–2015. Perioden regnes fra utgangen av 2008 til utgangen av 2015. Om lag en tredjedel av årsverkene i sektoren består i dag av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Regjeringen har en målsetting om å øke andelen med helse- og sosialfaglig utdanning i sektoren. Måloppnåelsen er avhengig av at regjeringen lykkes med å øke rekrutteringen til helsearbeiderfaget, som har opplevd en halvering av kandidattallene etter omleggingen fra hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanning med Kunnskapsløftet i 2006. Mangelen på helsefagarbeidere vil delvis kunne dekkes inn av andre utdanningsgrupper, som sykepleiere og vernepleiere. Regjeringen legger opp til en drøfting av problemstillingen i den varslede stortingsmeldingen om kunnskapsbasert utdanning for velferdstjenestene.

Rapportering på Omsorgsplanens fire hovedsatsinger

Omsorgsplan 2015 løfter fram fire hovedsaker:

- 12 000 omsorgsplasser og full sykehjemsdekning
- 12 000 nye årsverk
- Kompetanseløftet 2015
- Demensplanen 2015

12 000 heldøgns omsorgsplasser og full sykehjemsdekning

Regjeringen lanserte våren 2008 et nytt langsiktig tilskudd til bygging og fornying av sykehjem og heldøgns omsorgsplasser. Investeringsstilskuddet skal gi 12 000 heldøgns omsorgsplasser fram til 2015. Tilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for mennesker med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnivå. Til-

skuddet skal gi kommunene bedre forutsigbarhet og mulighet for langsiktig planlegging av investeringene i omsorgssektoren.

I 2008 ble det gitt tilsagn om tilskudd fra Husbanken til 1140 enheter. I 2009 ble det lagt til rette for tilsagn til 2500 enheter med en økonomisk ramme på 1,305 mrd. kroner. Det ble til sammen gitt tilsagn til 1985 enheter, som tilfredstilte ordningens kriterier. Av dette var 1237 sykehjemsplasser og 748 omsorgsboligplasser.

I 2010 ble tilsagnsrammen prisjustert til 1,3475 mrd. kroner, tilsvarende 2500 enheter.

Husbanken rapporterer at det siden tilskuddets oppstart til utgangen av august 2010 er mottatt foreløpige søknader fra kommunene med til sammen om lag 8000 enheter. Husbanken har i samme tidsperiode gitt tilsagn om tilskudd til 3469 enheter, herunder 1359 omsorgsboligplasser og 2110 sykehjemsplasser. Det har i 2010 vært noe nedgang i søknadsinngangen sammenliknet med de to foregående år. Søknadene omfatter både nybygg, renovering og ombygging, og fellesareal knyttet til eksisterende omsorgsboliger. Over 80 pst. av det totale antallet innvilgede tilsagn er gitt til prosjekter beregnet for personer over 67 år.

209 kommuner fra samtlige fylker har søkt om tilskudd siden 2008. 140 kommuner har til nå sendt endelig søknad, og av disse har foreløpig 139 kommuner fått innvilget tilsagn om tilskudd.

Tilskuddet bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, jf. kap. 586, post 64.

12 000 nye årsverk i omsorgstjenesten

Tall fra SSB viser en årsverksvekst fra 2008 til 2009 på om lag 2300 nye årsverk.

Et stort innslag av små stillinger, mange vikarer og timearbeidere i omsorgstjenesten gjør det vanskelig for SSB å benytte registertall. SSB har endret sitt produksjonsopplegg og vurderer at datakvaliteten er styrket. KS har, basert på sitt personalsystem, anslått at veksten i 2009 var på om lag 3400 årsverk. KS baserer sine oversikter på personalregistre som viser utført arbeid. SSB rapporterer på avtalte årsverk, som omfatter fødselspermisjoner og legemeldt sykefravær, mens overtid og ekstravakter ikke registreres. Denne definisjonen er den samme som brukes for andre deler av kommunal sektor. Departementet legger til grunn resultatene for personellutviklingen slik SSB har rapportert.

Regjeringen hadde i sin første regjeringsplattform et mål om å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 10 000 årsverk innen utgangen av 2009, ut fra nivået i 2004. Andelen

personell uten relevant fagutdanning er redusert. For perioden 2004–2009 viser tall fra SSB at antall årsverk økte med om lag 14 800. Om lag 80 pst. av årsverksveksten besto av personell med helse- og sosialutdanning. Samlet sett vurderer departementet at målet om 10 000 nye årsverk var realisert allerede ved utgangen av 2008. KS har konkludert med at regjeringens mål om 10 000 nye årsverk ble oppnådd.

Rapportering fra landets fylkesmenn til Helse- og omsorgsdepartementet viser at kommunene planlegger en vekst på i overkant av 1000 nye årsverk i 2010.

Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan, og har som hovedmål å sikre omsorgssektoren tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning.

Nærmere 9400 personer har mottatt tilskudd til grunntutdanning eller etter- og videreutdanning de tre første årene i planperioden. Om lag 320 personer fullførte desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag i 2009. Ifølge tall fra kommunene gjennomførte om lag 1100 personer, med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015, et kvalifiseringsløp som fører til fagbrev tilsvarende helsefagarbeider i 2009. Dette er i hovedsak voksne som er ansatt i omsorgstjenestene. Tall fra SSB viser at årsverksveksten innenfor den kommunale omsorgstjenesten de siste årene har medført en økning særskilt blant hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, barnevernspedagoger og leger/legespesialister. Antall fysioterapeuter i omsorgstjenesten viser på ny en vekst, etter nedgang i 2004 og 2005. I 2009 gjennomførte 900 personer fagskoleutdanning i helse- og sosialfag med støtte over Kompetanseløftet 2015. Det er en økning på 200 fra 2008. Flest deltakere hadde eldreomsorg og psykisk helsearbeid. Den nye finansieringsordningen for fagskoler antas å ha gitt en dobling av studenttallet ved helsefagskolene i 2009. Det vises for øvrig til omtale under kap. 761, post 60.

Demensplan 2015

Demensplan 2015 skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet i tjenestene til personer med demens og deres pårørende gjennom å bygge flere tilpassede botilbud, øke dagaktivitetstilbudet og sikre økt kunnskap og kompetanse. Som del av Demensplan 2015 er det gjennomført rundt 100 modellkommuneprosjekter knyttet til utvikling av dagtilbud, etablering av pårørende-

skoler og utredning og diagnostisering av demens.

Det er etablert et treårig program for miljøbehandling innen demensomsorgen, der målet er å skaffe kunnskap om miljøbehandling og prøve ut og implementere modeller for miljøbehandling i praksis. For å få økt kunnskap om belastning hos barn og ektefeller til yngre personer som utvikler demens, er det etablert et treårig utviklingsprogram rettet mot yngre personer med demens. Det er videre igangsatt et arbeid for å styrke tilbudet til samiske personer med demens. Det er gjennomført en landsomfattende informasjonskampanje om demens for å bidra til økt åpenhet om demens og demenssykdommer. I juni 2010 åpnet erfaringsportalen om demens, www.demensinfo.no. Over 8000 ansatte har startet demensopplæring gjennom Demensomsorgens ABC.

Andre sentrale tiltak og målsettinger

Omsorgsforskning

Tilskuddet til omsorgsforskning er i perioden 2006–2010 styrket med til sammen 34 mill. kroner. Av dette er minst 5 mill. kroner avsatt til forskning på tjenester til personer med demens. Antall pågående prosjekter innenfor program for helse- og omsorgstjenesteforskning i Norges forskningsråd i 2009 var 42, hvorav 11 nye i 2009. Programmet hadde en utlysning i 2009. Det kom inn 47 søknader, og 14 prosjekter ble innstilt. Prosjektene har oppstart i 2010.

For å styrke praksisnær forskning og utvikling ble det i perioden 2006–2008 etablert fem nye regionale FoU-sentra knyttet til universitet og høyskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Sentrene har blant annet fokus på forskning på eldre og den kommunale omsorgstjenesten. Sentrene inngår i et nettverkssamarbeid som ledes og koordineres fra Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik. Satsingen på forskning skjer i samarbeid med Norsk Pensjonistforbund.

Det er bevilget 2 mill. kroner til en fireårig resultatorientert evaluering av Omsorgsplan 2015. Formålet er å evaluere Omsorgsplan 2015 og dens mål, resultater og innretning. Midlene er bevilget som et øremerket tilskudd i omsorgsforsknings-satsingen under Norges forskningsråds program for helse- og omsorgsforskning. Det er videre behov for økt forskning og kunnskap om organisatoriske tiltak og effekter av disse som kan bidra til bedre samhandling i tråd med samhandlingsreformens målsettinger. Det foreslås å styrke programmet i 2011 med 10 mill. kroner til forskning på effekter av ulike samhandlingstiltak. Det vises for

øvrig til omtale av Program for helse- og omsorgstjenesteforskning under kap. 780, post 50.

Den kulturelle spaserstokken

Regjeringen har mål om å styrke kulturtilbudet for omsorgstjenestens brukere gjennom den kulturelle spaserstokken. Tilskuddet til Den kulturelle spaserstokken (DKSS) utgjorde i alt 20 mill. kroner i 2009, med henholdsvis 10 mill. kroner fra Kultur- og kirke departementet og 10 mill. kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet. Alle landets kommuner ble invitert til å søke om midler fra DKSS til gjennomføring av kulturtiltak for omsorgstjenestens brukere. I alt 235 søknader ble mottatt fra kommuner over hele landet med en samlet søknadssum på 43 mill. kroner, og det ble gitt tilskudd til 230 kommuner fordelt på alle landets fylker. I 2010 ble det bevilget i alt 28 mill. kroner til DKSS likt fordelt på Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. 281 kommuner har søkt om tilskudd i 2010, med en samlet søknadssum på 54 mill. kroner. 275 av disse kommunene har fått innvilget støtte. Samtlige søknader er vurdert av Kulturdepartementet ut fra en helhetsvurdering, der det særlig er lagt vekt på både kunstnerisk og kulturfaglig kvalitet, samt profesjonalitet i utøvelse og formidling. Det vises til bevilgning under kap. 769, post 21.

Innovasjon og omsorg

Regjeringen har oppnevnt et utvalg som skal finne nye løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer, med spesiell vekt på utvikling av arkitektur, ny teknologi og nye eier- og driftsformer. Utvalget skal gi en vurdering av mulighetene for produktutvikling, næringsutvikling og eksport som følge av et samarbeid mellom næringsliv og offentlig sektor på omsorgsfeltet. Smarthusløsninger og ny omsorgsteknologi gir brukerne nye muligheter til å mestre egen hverdag og kan bidra til å fremme selvstendighet og uavhengighet. Telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi gir helse- og omsorgstjenestene mulighet til å forbedre, forenkle og effektivisere virksomheten.

Utvalget skal vurdere de etiske sidene ved de forslag de legger fram og de konsekvenser utvalgets forslag vil ha for den enkeltes personvern, spesielt knyttet til bruk av ny teknologi for varsling og overvåkning. De kommunale omsorgstjenestene utgjør en virksomhet med brutto driftsutgifter på om lag 75 mrd. kroner. Halvparten brukes på tjenestetilbudet til 40 000 beboere i sykehjem og den andre halvparten til 160 000 hjemme-

tjenestemottakere. Til tross for sin størrelse har denne sektoren i svært liten grad vært gjenstand for systematisk forsknings- og utviklingsarbeid. Det er derfor mye å hente på å gi omsorgssektoren oppmerksomhet også knyttet til innovasjon.

Kvalitetsavtalen og etikkprosjektet

Avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble inngått i september 2006 og er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Avtalen er forlenget ut 2010, og videreføring utover dette vurderes. Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving, skal bidra til å styrke den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 122 kommuner er med i prosjektet. Erfaringene viser at kommunene har etablert ulike møteplasser for systematisk etisk refleksjon, og forankret etikk-satsningen i kommunens administrative ledelse. Det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid. Se videre omtale under kap. 769, post 21.

Nevroplan

For å synliggjøre og løfte fram brukere med nevrologiske lidelser i omsorgstjenesten er det under utvikling en egen Nevroplan 2015. Nevroplanen skal bidra til å styrke kompetanse og kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet til personer med nevrologiske lidelser. Midlene i 2010 er benyttet til tiltak for økt kunnskap og kompetanse blant pårørende og fagfolk, samt informasjonsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram en egen Nevroplan rundt årsskiftet 2010 og 2011.

Legetjenester i sykehjem

Ifølge foreløpige tall fra SSB har antallet legeårsværk i sykehjem økt med til sammen om lag 30 pst. fra 2006 til og med 2009. Kommunene fastsatte i 2007 lokale normer for legedekningen i sykehjem. Oppsummeringen av kommunenes lokale normeringsprosess viser at det planlegges en vekst i legeårsværk på om lag 40 pst. fra og med 2006. Til sammen er veksten i legeårsværk og kommunenes behovsanslag i tråd med det foreløpige behovsanslaget fra regjeringen om å øke innsatsen av legeårsværk i sykehjem med 50 pst. fra 2005 til 2010. Økningen i årsværk av leger i institusjon viser at lokal normering har vært viktig for å styrke det medisinske tilbudet til beboere i sykehjem.

Pårørende med særlig tunge omsorgsoppgaver

Regjeringen har oppnevnt et offentlig utvalg for å se på ytelser for pårørende med særlig tunge omsorgsoppgaver. Utvalget skal se på grenser mellom offentlig og privat ansvar for denne målgruppa. Et viktig hensyn er også hvordan slike pårørende, både kvinner og menn, lettere skal kunne kombinere yrkesaktivitet med omsorgsarbeid. Minst ett forslag skal skisseres innenfor dagens omsorgslønnsordning. Utvalget ledes av kommunaldirektør Karen Kaasa og skal, etter planen, levere sin utredning innen 1. juni 2011.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 189, 3. desember 2007:

«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). Krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten krever lovendring, som vil bli vurdert i høringsnotat til ny lov om den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Drifts- og informasjonsmidler

Det ytes midler til dekning av utgifter til fylkesmennenes arbeid med kapittel 4A i sosialtjenesteloven, Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.

Bevilgningen går også til fylkesmennenes videre oppfølging av Kompetanseløftet 2015, investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser og tiltak for bedre kvalitet og ordninger i pleie- og omsorgstjenestene. Fylkesmannen skal ha løpende oversikt over og følge den videre gjennomføringen av utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger og styrking av driftsnivået i pleie- og omsorgstjenesten. De skal følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene. De må også være forberedt på betydelige utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling. Fylkesmannen skal følge opp arbeidet med kvalitetsutviklingen i pleie- og om-

sorgstjenesten i tråd med avtalen om kvalitetsutvikling som er inngått mellom staten og KS.

Utgifter til faglige kurs og konferanser, som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen pleie- og omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen.

For midler til fylkesmennesenes rusrådgivere, se omtale under kap. 763.

FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet

Midler over denne bevilgningen nyttes til utvikling av pleie- og omsorgstjenestene til syke, eldre, tjenestetilbudet til mennesker i livets slutfase, personer med nedsatt funksjonsevne, herunder barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier og til utvikling av sosiale tjenester til personer med rusmiddelproblemer og andre vanskeligstilte grupper. Oppfølgingen av Omsorgsplan 2015 skal være prioritert.

Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell, bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering. Viktige virkemidler er utredninger, planlegging, sammenstilling og initiativ til relevant forskning, forsøk, utviklingsprosjekter, informasjon og opplæring.

Arbeidet med informasjon om rettigheter til brukere av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal videreføres og styrkes.

Tilskudd til konkrete tiltak som oppfølging av Omsorgsplan 2015

Demensplan 2015

Demensplan 2015 skal bidra til flere tilpassede botilbud og tilrettelagte dagaktivitetstilbudet, samt styrke kunnskap og kompetanse. Planen har allerede resultert i konkrete resultater og mange kommuner utvikler lokale demensplaner basert på det nasjonale planverket.

Det vil ved årsskiftet 2010/2011 gjennomføres en nasjonal kartlegging. Denne vil innhente data fra demensplanens satsingsområder de fire første årene, og vise utvikling og resultater innen satsingsområdene.

Tilskudd til Demensplan 2015 gis i 2011 over kap. 761, post 21, Spesielle driftsutgifter, kap. 761, post 60, Omsorgstjenester, og kap. 780, post 50, Norges forskningsråd mv. Bevilgningen nyttes til følgende formål:

- Styrking av Demensforbundet i Nasjonalforeningen for Folkehelsen sitt lokale arbeid og veiledning til pårørende.
- Implementering av opplæringspakke om demens for personell uten fagutdanning og frivillige og pårørende.
- Drift og markedsføring av nettbasert erfaringsbank.
- Spredning av gode modeller for utredning og diagnostikk av demens.
- Spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til landets kommuner.
- Spredning av gode modeller for dagtilbud til personer med demens.
- Utvikling av gode modeller for miljøbehandling og miljøterapi.
- Utviklingsprogram om yngre personer med demens.
- Utviklingsprogram om minoritetsspråklige med demens.
- Utviklingsprogram for personer med samisk bakgrunn.
- Videreutdanningstilbud innen geriatri og demens.
- Forskning på demens.

Samlet foreslås å bevilge 25,5 mill. kroner til Demensplan 2015 i 2011.

Nevroplan 2015

Det ble i 2010 bevilget 8 mill. kroner over kap. 761, post 21, til utvikling av Nevroplan 2015. Planen legges fram rundt årsskiftet 2010/2011. Midlene i 2010 er benyttet til tiltak for økt kunnskap og kompetanse blant pårørende og fagfolk, samt informasjonsarbeid. Nevroplanen vil på samme måte som Regjeringens Demensplan 2015 bygge på de generelle økonomiske virkemidlene knyttet til kommuneøkonomi, fortsatt årsverksvekst i omsorgssektoren, Kompetanseløftet 2015 og Husbankens investeringstilskudd. For å styrke det helhetlige modellutviklingsarbeidet i Nevroplan 2015 foreslås det å overføre 2 mill. kroner fra kap. 769, post 21, til kap. 761, post 21. Det foreslås at den samlede bevilgning på 10 mill. kroner videreføres i 2011.

Kompetansetiltak innenfor ledelse

For å sikre kvalitativt gode tjenester er det viktig med kompetente ledere som kan drive komplekse organisasjoner med stadig større krav til tverrfaglig samarbeid og samspill mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Det ble i

2010 bevilget 5 mill. kroner til å utvikle en praktisk lederopplæringspakke for de kommunale omsorgstjenestene. Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløftet 2015. Det foreslås å videreføre bevilgningen til dette formålet over kap. 761, post 21, i 2011. I forslaget ligger finansiering og distribusjon av materiell til virksomheter, samt veiledning av kursledere. Virksomhetene skal selv finansiere kursene.

Kompetansetiltak innenfor aktiv omsorg

Undersøkelser viser at det er på det sosiale og kulturelle området omsorgstjenesten kommer til kort. For å bidra til at brukere opplever god livskvalitet og egenmestring er det fra 2010 påbegynt et arbeid med å utvikle læremateriell og etablere tverrfaglig videreutdanningstilbud innen aktiv omsorg. Det er i tillegg bevilget 2 mill. kroner til å støtte utviklingsprosjekter i regi av Livsglede for eldre over kap. 761, post 21. Bevilgningen foreslås videreført i 2011, men midlene til Livsglede for eldre flyttes fra kap. 761, post 21, til kap. 761, post 71. Det vises også til Fritidsaktivitet med assistanse, nedenfor.

Tilskudd til oppfølging av Kvalitetsavtalen

Tiltakene i avtalen knytter seg til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse, samt styring, planlegging og kvalitetssikring. Kommunenes arbeid med rus og psykisk helse inngår også i avtalen. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen. Det vises for øvrig til omtale av avtalen i kapittelinnledningen og kap. 769, post 21.

Rekrutteringskampanje

Helsedirektoratet startet i 2009 en rekrutteringskampanje rettet mot ungdom i 10. klasse og Vg1 helse- og sosialfag. Kampanjen fortsetter ut 2010. Det er tatt i bruk en rekke virkemidler. Både reklame og redaksjonelle grep inngår. Kampanjen inngår i Kompetanseløftet 2015 og har hatt et nært samarbeid med Aksjon Helsefagarbeider.

Det antas at den nasjonale rekrutteringskampanjen, sammen med Aksjon Helsefagarbeiders direkte kontakt med målgruppene (ungdom, lærere og arbeidsgivere) har ført til økt oppmerksomhet om behovene for helsefagarbeidere og mulighetene som ligger i yrket. For andre året på rad økte tallet på primærøkere til helse- og sosialfag i videregående opplæring, viser tall fra Utdannings-

direktoratet. Etter flere år med nedgang ser det dermed ut til at trenden har snudd. I 2009 gikk søkningen til Vg1 helse- og sosialfag opp med 7 pst., mens i 2010 var økningen 9 pst. Også på Vg2 helsearbeiderfaget var det en økning i tallet på primærøkere med 7 pst. både i 2009 og 2010. Nivået ligger likevel på om lag halvparten av det samlede tallet for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere før omleggingen til helsearbeiderfaget.

Kun halvparten av elevene velger å gå ut i lære. Antallet søkere til læreplass i faget gikk opp fra 1200 i 2009 til 1400 i 2010. Antallet læreplasser i helsearbeiderfaget ser ut til å være på et tilstrekkelig nivå, gitt dagens søknadsnivå.

Omsorgsportalen

For å sikre brukernes rettssikkerhet og et rettfærdig og likeverdig tjenestetilbud, er det sentralt å styrke forvaltningskompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Omsorgsportalen formidler forskning og utviklingstiltak, synliggjør gode eksempler og gir bedre muligheter for å utveksle kommunale erfaringer og styrke forvaltningskompetansen i omsorgstjenesten. Målgruppen er den lokale helse- og sosialforvaltningen, personell, samt brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Antall besøkende på sidene viser en klar økning med en dobling av sidevisningene i 2009. Denne trenden ser ut til å fortsette også i 2010. Helsedirektoratet skal i 2011 drifte og oppdatere den nettbaserte erfaringsbanken.

Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenestene

Det ble i 2010 satt av midler til ulike kompetansehevende tiltak innenfor ernæring, til å utarbeide en ny veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, til å gjennomføre en kartlegging av status for mat og måltider i de hjemmebaserte tjenester og dagaktivitetstilbud, og til å gjennomføre en brukerundersøkelse av mat og måltider i hele omsorgssektoren.

Satsingen følger opp en kartlegging av mat og måltider i sykehjem, som Høgskolen i Østfold gjennomførte i 2007 og 2008. Kartleggingen avdekket blant annet et ønske fra personellet om mer kompetanse om ernæring og bedre rutiner for kartlegging av ernæringsstatus.

Kartleggingen av mat- og måltidstilbudet i sykehjem fra 2008 ble fulgt opp med blant annet en brukerundersøkelse i 2009, som ble lansert i 2010. En veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, som skal erstatte Retningslin-

jer for kosthold i helseinstitusjoner, er under utarbeidelse og skal ferdigstilles i 2010. Veilederen bygger også på Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580), som ble lansert i 2009 og er under implementering.

Håndbok om de kommunale helse- og sosialtjenestene

For å sikre kunnskap og informasjon om de viktigste tjenestetilbudene og rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen, har Helsedirektoratet utarbeidet en håndbok om de kommunale helse- og sosialtjenestene. Håndboken fungerer som oppslagsverk både for tjenestemottakere, familie og pårørende. Boken gir også praktiske anvisninger på hvordan brukere og pårørende kan forholde seg til kommunens forvaltning, for eksempel i forhold til søknader, vedtak og klagebehandling. En nettbasert utgave av håndboken er tilgjengelig og holdes jevnlig oppdatert under Omsorgsportalen.

Iplos

Iplos-registeret er et pseudonymt register. Registeret inneholder ikke personidentifiserbare opplysninger om enkeltpersoner. Det er hjemlet i helseregisterloven gjennom egen forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk.

Fortsatt er Iplos-registeret i en oppstartfase der kvaliteten på de ulike variabler er varierende. Landets kommuner arbeider fortløpende med kvalitetsforbedringer. Erfaringene viser at det tar tid å få god kvalitet og kompletthet i registeret, men at rutiner og innsending av data etter hvert blir bedre. Tilbakemeldingene fra kommunene gir indikasjoner på at Iplos bidrar til å styrke saksbehandlingskompetansen i kommunene og bedrer rettssikkerheten til de som søker og mottar omsorgstjenester. I 2010 arbeides det med videreutvikling av statistikken og god utnyttelse av den kunnskapen Iplos kan gi. Arbeidet omfatter blant annet utvikling av lokale statistikkrapporter for bruk i kommunene, innføring av samlemål for bistandsbehov og videreutvikling av nasjonal statistikk og analyse ut over det som publiseres i Kostra og Statistikkbanken.

I 2010 er fylkesmannsembetene gitt i oppdrag å arrangere Iplos temadag for kommunene med fokus på fag og statistikk, med bistand fra Helsedirektoratet.

En ny veileder i personvern og informasjonssikkerhet for helse- og sosialtjenester i kommuner

ble oversendt alle landets kommuner, og presentert høsten 2009 på fem høstkonferanser. Veilederen er et underdokument til Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren. Veilederen skal bidra til å ivareta informasjonssikkerhet ved elektronisk behandling av helse- og personopplysninger i kommunene.

Arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet ble fulgt opp med en undersøkelse gjennomført av fylkesmannsembetene høsten 2009 på oppdrag fra Helsedirektoratet. Undersøkelsen hadde som mål å kartlegge status i kommunene. Resultatene viser at de fleste kommuner har etablert gode rutiner for autentisering i forbindelse med tilgang til fagsystemene. Spørreundersøkelsen viser videre at mange kommuner har utfordringer med hensyn til kunnskap om Normen og etablering av internkontrollrutiner i forbindelse med informasjonssikkerhet.

Noklus

For å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene i sykehjem, ble det i 2007, 2008, 2009 og 2010 bevilget et øremerket tilskudd til spredning av Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) til landets kommuner. Det foreslås bevilget 4 mill. kroner til formålet i 2011.

Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem

Unge personer med nedsatt funksjonsevne bør ikke bo i institusjoner beregnet på eldre. Fylkesmennene har i 2010, som tidligere år, fulgt opp kommuner som har unge personer under 50 år bosatt i alders- eller sykehjem. Registreringen av personer under 50 år med nedsatt funksjonsevne som bor på alders- eller sykehjem er fra og med 2007 basert på tall fra Iplos-registeret. Helsedirektoratet rapporterer at fylkesmennene med bakgrunn i foreløpige tall for 2009, har fulgt opp 137 personer under 50 år som bor på alders- eller sykehjem. Fylkesmennes gjennomgang viser at det var 19 personer som ønsket et annet botilbud hvor det ikke forelå konkrete planer om utflytting. En kontaktgruppe med representanter fra Norges Handikapforbund, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området. Helse- og omsorgsdepartementet viser for øvrig til finansieringsordningen for ressurskrevende tjenester på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Rettsikkerhet for personer med psykisk utviklingshemming

Stortinget har understreket at mennesker med utviklingshemming må sikres verdige og gode tilbud og tilgang til ombudsordninger som ivaretar deres interesser (jf. Innst. S. nr. 317 (2009–2010)). Det vises til omtale av pasient- og brukerombudet under kap. 729, post 01.

Departementet har bedt Helsedirektoratet om å utarbeide tiltak for bedring av levekår for personer med utviklingshemming. Det er stort behov for å legge til rette for helhet og brukermedvirkning i tjeneste- og tiltakstilbudet. Det er fortsatt for få personer med utviklingshemming som har individuell plan. Helsedirektoratet har utarbeidet en brosjyre om Individuell plan i lettestversjon. Helsedirektoratet samarbeider med Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (Naku) om hvordan brukermedvirkning kan styrkes i utforming av tilbud om bolig og tjenester. Det vises videre til arbeidet med Samhandlingsreformen, til Omsorgsplan 2015 og til undervisningshjemmetjenester, jf. kap. 761, post 67.

Departementet har i 2010 bedt Helsedirektoratet skaffe oversikt over praksis i saker hvor personer med psykisk utviklingshemming må flytte mot sin vilje og bruk av vilkår for å motta tjenester. Når alle fylkesmennene har gitt tilbakemelding, vil direktoratet samarbeide med Helsetilsynet om oppfølging.

Sosialtjenesteloven inneholder særlige regler om rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming (kapittel 4A). Formålet med reglene er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og å forebygge og begrense bruk av tvang og makt i forholdet mellom kommunale tjenesteytere og bruker. I 2009 ble det sendt inn meldinger om tiltak i enkelttilfeller eller fattet vedtak om tvang overfor 1089 av om lag 22 000 utviklingshemmede brukere i omsorgstjenesten. De fleste kommuner fikk i 2009 tilbud fra fylkesmannen om kurs i sosialtjenesteloven kapittel 4A. Fylkesmennene skal også bidra til at kommunene gjennom opplæring og rekruttering oppfyller de særskilte kompetansekravene, jf. § 4A-9 tredje ledd, via mulighetene i Kompetanseløftet 2015. Undersøkelser har avdekket mangel på spesifikk fagkompetanse om psykisk utviklingshemming i tjenestene.

Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier

Tilretteleggingen av det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier er avhengig av god samhandling med spesialisthelsetjenesten. Familieveiviserprosjektet 2007–2010 har utviklet modeller for mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Underveisevaluering av prosjektet er gjort av SINTEF. Resultater og erfaringer vil bli tatt med i gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Prosjektet har vært finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet med en årlig budsjettamme på 7,5 mill. kroner. Fra 2011 vil midlene fra kap. 761, post 21, bli videreført til kompetansetiltak knyttet til tjenester til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier og sett i sammenheng med Kompetanseløftet 2015.

Fritidsaktivitet med assistanse

Støttekontakt, kultur og fritidsdeltagelse er et utviklingsprosjekt i perioden 2007–2010. Det er etablert et nasjonalt nettsted www.fritidforalle.no og utarbeidet en brosjyre, Sammen med andre – Nye veier for støttekontakttjenesten. Det er etablert nettverk med kommuner og det er stor interesse for disse tiltakene. Høgskolen i Bergen tilbyr videreutdanning i organisering og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige. I 2010 gis også tilbudet desentralisert i Trondheim og Oslo. Tilskuddet til Høgskolen i Bergen og det nasjonale nettstedet videreføres i 2011. Det vises for øvrig til omtale av tilgrensende kompetansetiltak i aktiv omsorg under Omsorgsplan 2015 og til tilskudd til kommunalt rusarbeid, jf. kap. 763, post 61.

Helsehjelp uten samtykke

Kapittel 4 A i pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. januar 2009. Reglene gir etter strenge vilkår helsepersonell adgang til å yte somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Reglene skal sikre nødvendig helsehjelp og forebygge tvang.

Helsedirektoratet har utviklet et omfattende opplærings- og veiledningsmateriale. Fylkesmennene og helsetilsynet i fylkene bruker dette materialet i sin opplæring av helsepersonell. Saksbehandling og tilsyn i 2009 og 2010 har vist at opplæringsbehovet fortsatt er stort. Som tilsynsmyndighet har fylkesmennene og helsetilsynet i fylkene en økende arbeidsmengde knyttet til vedtakene

etter pasientrettighetsloven kapittel 4 A. I 2011 vil tilsynsinnsatsen med etterlevelsen av regelverket intensiveres. Midlene til fylkesmennenes og helseilsynet i fylkenes opplæring, veiledning, saksbehandling og tilsyn foreslås videreført.

I forarbeidene til loven er det varslet at regelverket skal evalueres med henblikk på måloppnåelse og praktisering. Helsedirektoratet vil gjennomføre en slik evaluering i 2012. Da vil regelverket ha virket i tre år.

Ytelser for pårørendeomsorg (Kaasa-utvalget)

Se nærmere omtale under innledningen til kap. 761.

Likemannsarbeid

Helsedirektoratet medfinansierer Hørselshemmedes Landsforbunds (HLF) likemannsarbeid hørselshjelperordningen. Det vises for øvrig til omtale av tilskudd til likemannsarbeid i regi av funksjonshemmedes organisasjoner i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets budsjettproposisjon. Frivillige hørselshjelpere skal samarbeide med kommunene om å veilede høreapparatbrukere. Det vises for øvrig til omtale av habilitering og rehabilitering til personer med sansetap under kap.733, post 21.

Oppfølging av Samhandlingsreformen

Styrke kommunenes planleggingskompetanse

For å møte dagens og morgendagens utfordringer er det behov for langsiktig planlegging og dimensjonering av tjenestene. For å sikre en langsiktig og bærekraftig implementering av Samhandlingsreformen må kommunene ha kompetanse innen planlegging og analyse, herunder kunnskap om planleggingsprosesser og langsiktig og systematisk strategiarbeid. Reformen legger til grunn at kommuner og helseforetak skal utvikle felles langsiktig planverk som en del av avtaleinstituttet.

For å styrke kapasitet og kompetanse for kommunal og regional planlegging foreslås det derfor å utvikle et opplæringsprogram Samhandling i plan i samarbeid med relevante fagmiljøer og Fylkesmannen. I dag tilbyr Samplan kurs i samfunnsplanlegging til kommunalt og statlige ansatte. Samplan drives av KS med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet og andre fagdepartement. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere Samplans rolle i utvikling og gjennomføring av opplæringsprogrammet Det foreslås å bevilge 10 mill. kroner til formålet i 2011.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås følgende endringer sammenliknet med saldert budsjett for 2010:

- Bevilgningen settes ned med 12, 8 mill. kroner mot at kap. 1510, post 01, settes opp tilsvarende. Midlene har tidligere blitt gitt som øremerket tilskudd i forbindelse med handlingsplaner. Fylkesmannens arbeid på dette området må regnes som faste oppgaver.
- Bevilgningen settes ned med 2 mill. kroner til utviklingsprosjekter i regi av Livsglede for eldre, mot at bevilgningen over kap. 761, post 71, settes opp tilsvarende.
- Bevilgningen settes ned med 34 mill. kroner til lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid mot at bevilgningen over kap. 761, post 67, settes opp tilsvarende.
- Bevilgningen settes opp med 2 mill. kroner til Nevroplan, mot at bevilgningen over kap. 769, post 21, settes ned tilsvarende.
- Bevilgningen settes opp med 10,6 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 761, post 60, settes ned tilsvarende. Flyttingene gjelder spesielle driftsutgifter knyttet til Omsorgsplan 2015 og Kompetanseløftet.
- Bevilgningen settes opp med 1 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 761, post 67, settes ned tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsmidler knyttet til undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjenester.
- Bevilgningen settes opp med 1 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 761, post 75, settes ned tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsmidler som er ført på tilskuddspost som skal føres på post 21.
- Det vises til omtale under kapittel 2 Profilen i budsjettforslaget, bevilgningen styrkes med 10 mill. kroner til Samhandlingsreformen.

Post 60 Kompetansetiltak i kommunene

Bevilgningen går til følgende formål:

- Tilskudd til kommunene, fylkeskommunene og fylkesmennene til oppfølging av Kompetanseløftet 2015.
- Tilskudd til fylkesmannsembetenes utviklingsoppgaver og oppfølgingsansvar for de kommunale omsorgstjenestene. Midlene skal ses i sammenheng med midlene til fylkesmannsembetene over kap. 761, post 21.
- Tilskudd til elektronisk samhandling i omsorgstjenestene (flyttet fra kap. 761, post 21)

Kompetanseløftet 2015

Tilskudd til Kompetanseløftet 2015 gis i 2011 over kap. 761, post 21. Spesielle driftsutgifter, kap. 761, post 60. Kompetansetiltak i kommunene, kap. 761, post 67. Tilskudd til særskilte utviklingstiltak, kap. 763, post 72. Kompetansesentra mv. og kap. 769, post 70. Utredningsvirksomhet. Det vises til omtale av aktivitetssendringer for 2011 i kapittelinnledningen under Omsorgsplan 2015.

Samlet foreslås det bevilget 266,8 mill. kroner til Kompetanseløftet 2015 i 2011. Dette inkluderer 75 mill. kroner til tilskudd til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag.

Kompetanseløftet 2015 har fem delmål for perioden 2011–2015:

12 000 årsverk

Målsettingen om 12 000 nye årsverk med relevant fagutdanning i perioden 2008–2015 omtales nærmere i kapittelinnledningen.

Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene

Årsverksveksten de siste årene har i hovedsak bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Andelen personell med helse- og sosialutdanning var i 2009 om lag 68,3 pst., en økning på om lag 1,9 prosentpoeng siden 2005. Andelsveksten har vært særskilt høy blant personell med høgskoleutdanning.

Nærmere 9400 personer har mottatt tilskudd til grunnutdanning eller etter- og videreutdanning de tre første årene i planperioden. Om lag 320 personer fullførte desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag i 2009. Etterspørselen fra kommunene etter desentraliserte høgskolestudier er stor, og tiltaket vurderes som et meget godt virkemiddel for å rekruttere høgskoleutdannet personell til distriktskommuner.

Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år

Tall fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell viser at det i 2009 ble gitt autorisasjon til om lag 4100 hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere. Dette var en nedgang fra om lag 5600 i 2008. Nedgangen i 2009 skyldes i stor grad omleggingen fra en 3-årig hjelpepleierutdanning til et 4-årig helsearbeiderfag fra 2006, som innebærer at det i 2009 nesten ikke blir utdannet helsefagarbeidere gjennom ordinært studieforløp.

Ifølge tall fra kommunene gjennomførte om lag 1100 personer, med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015, et kvalifiseringsløp som fører til vitnemål som hjelpepleier eller fagbrev som helsefagarbeider eller omsorgsarbeider i 2009. Dette er i hovedsak voksne som er ansatt i omsorgstjenestene som ikke har fulgt et ordinært studieforløp.

Beregninger i Helsemod viser at det vil oppstå stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover.

Skape større faglig bredde

Tall fra SSB viser at årsverksveksten innenfor den kommunale omsorgstjenesten de siste årene har kommet særlig blant hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, barnevernspedagoger og leger/legespesialister. Antall fysioterapeuter i omsorgstjenesten viser også på ny en vekst, etter nedgang i 2004 og 2005.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utarbeidet i 2009, på oppdrag fra Helsedirektoratet, en kunnskapsoppsummering av forskning som belyser effekten av bruk av personell med særskilt kompetanse i funksjonstrening og aktivisering for brukere av kommunale hjemmetjenester. Det viktigste funnet var at det er lite forskning på området og at kvaliteten på eksisterende forskning nasjonalt og internasjonalt er av varierende kvalitet. Likevel så man at ergoterapi og aktivitet hadde en viss positiv effekt på pasientgruppene man undersøkte.

Helsedirektoratet er i dialog med SSB for å se på muligheten for å skille ut andre fagutdanninger i statistikken med relevans for omsorgssektoren.

Helsedirektoratet er i ferd med å utvikle en strategi på utveksling mellom utdanningsinstitusjoner og helse- og omsorgstjenestene innenfor et bredere spekter av utdanninger og fag.

Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Om lag to tredjedeler av personellet i omsorgstjenestene har fagutdanning fra videregående opplæring eller høgskole, og for disse gruppene satses det på kompetanseheving gjennom videreutdanning. Fagskoleordningen er sentral for gruppen med videregående opplæring, og viktig for å styrke kompetansen, redusere avgangen fra sektoren og bidra til rekruttering til helse- og sosialfag i videregående skole. Videreutdanningstilbud for høgskoleutdannet personell vil også styrke kompetansen og bidra til å stabilisere personellsituasjonen.

Regjeringen og KS har gjennom kvalitetsavtalen forpliktet seg til å sette i verk tiltak for å styrke ledelses- og veiledningskompetansen i helse- og omsorgstjenestene og bidra til et godt arbeidsmiljø. Vellykket kompetanseplanlegging kan medvirke til mer stabil bemanning og bedre arbeidsmiljø. Opplæring av fasilitatorer til å lede refleksjonsgrupper (Fasilitatorprosjektet) gjennomføres av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI).

I 2009 gjennomførte 900 personer fagskoleutdanning i helse- og sosialfag med støtte over Kompetanseløftet 2015. Det er en økning på 200 fra 2008. Flest deltakere hadde eldreomsorg og psykisk helsearbeid. Tilskuddet til fagskoleutdanning i helse- og sosialfag ble innført med virkning fra andre halvår 2009. Formålet med ordningen er å sikre en stabil og forutsigbar finansiering. Disponible midler for andre halvår 2009 ble fordelt på 30 tilbydere med om lag 80 tilbud og 2500 registrerte studenter. Det antas at den nye tilskuddsordningen har gitt en dobling av studenttallet ved fagskoleutdanningen i helse- og sosialfag i 2009, slik at antall personer som gjennomfører en slik videreutdanning forventes å øke sterkt de kommende årene.

I 2009 gjennomførte 1200 personer videreutdanning i høyskole, en økning på 300. Også på høyskolenivå hadde eldreomsorg og psykisk helsearbeid flest deltakere. Om lag 3100 personer har fullført videreutdanning på høyskolenivå de tre første årene i planperioden.

I regi av ledessatsingen Flink med folk i første rekke er det i perioden 2007–2009 rekruttert 134 kommuner. Kommunene gjennomfører lokale prosjekter som omfatter både psykisk helse- og russatsing og kompetanseplanlegging.

Det er påbegynt et arbeid for utvikling av et program for praktisk lederutvikling i samarbeid med KS.

Elektronisk samhandling i omsorgstjenesten

Det er et mål at flere kommuner tar i bruk elektroniske samhandlingsløsninger og kobler seg til Norsk Helsennett.

I Nasjonal strategi for elektronisk samhandling 2008–2013 Samspill 2.0, omtalt under kap. 720, post 21, inngår en satsing på elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Kommuneprogrammet har til hensikt å bidra til økt og bedret samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og deres samhandlingsparter i helsevesenet, særlig spesialisthelsetjenesten og fastlegene. I løpet av strategiperioden 2008–2013 skal alle kommuner

ha kommet i gang med elektronisk samhandling internt, med fastlegene, med spesialisthelsetjenesten og med offentlige etater.

I den forrige IT-strategien hadde kommunesatsingen et fokus på å utvikle modeller, standarder og funksjonalitet, der utvikling av nye løsninger og testing i pilotkommuner (kommunale fyr-tårn) sto sentralt. I Samspill 2.0 har fokus skiftet fra pilotprosjekt til utbredelse av løsninger. For å tilrettelegge for at kommunene skal kunne samhandle elektronisk satses det på spredning av erfaringene fra de kommunene som har kommet lengst. I Samspillkommune-prosjektet kobles erfarne kommuner sammen med kommuner som er i startfasen i prosessen med å gjøre sin kommune klar til å ta elektroniske samhandlingsløsninger i bruk. Gjennom prosjektet tilbys kommunene bistand i eget arbeid med å forberede elektronisk samhandling innen kommunal helse- og omsorg. Over 80 kommuner har nyttiggjort seg av dette tiltaket og er nå rede til å starte ordinær bruk, og har etablert nyttige nettverk på området.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt ned med 10,6 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 761, post 21, settes opp tilsvarende. Flyttingene gjelder spesielle driftsutgifter knyttet til Omsorgsplan 2015 og Kompetanseløftet.

Post 61 Vertskommuner

Etter HVPU-reformen, som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet, overtok 33 kommuner ansvaret for en rekke beboere hjemmehørende i andre kommuner. Formålet med den øremerkede tilskuddsordningen er å kompensere de 33 vertskommunene for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen.

Reduksjon i det øremerkede tilskuddet som følge av frafall av beboere

En del av vertskommunene vil, på grunn av frafall av beboere, kunne få store endringer i inntekt fra ett år til et annet. Dette kan gi enkelte kommuner utfordringer i arbeidet med omstilling og nedbygging av tjenestetilbudet. For å sikre vertskommuner mot brå inntektsbortfall er det innført en skjermingsordning slik at ingen kommuner, ved frafall av beboere, trekkes mer enn et beløp knyttet til antallet innbyggere i kommunen i året. Skjermingsbeløpet per innbygger skal tilsvare

beløpet som gjelder for overgangsordningen i inntektssystemet (Ingar). Uttrekk av midler vil bli foretatt uavhengig av øvrige uttrekk av rammetilskuddet til kommunene (Ingar). Den delen av tilskuddsreduksjonen som den enkelte kommune ikke blir trukket på grunn av skjermingsordningen, hefter ved denne kommunen de påfølgende år. Ordningen med 50 pst. uttrekk for kommuner som ligger under dagens gjennomsnitt for vertskommunene samlet, videreføres så lenge det er beboere igjen i den enkelte kommune. Telling og uttrekk av midler ved frafall av beboere vil bli gjennomført hvert år fram til alle beboere har falt fra og tilskuddsordningen er avviklet i sin helhet. Tilskuddet til den enkelte kommune settes ned i forhold til antall beboere som faller fra. For 2011 foreslås bevilgningen satt ned med 35,2 mill. kroner.

Post 66 Brukerstyrt personlig assistanse

Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til å bruke ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Tilskuddet går til dekning av utgifter til opplæring av arbeidsleder og assistent, til utlysning og ansettelsesprosedyrer og oppfølging. Tilskuddet dekker ikke kommunenes utgifter til tjenestetilbudet, men skal stimulere til at nye brukere får BPA. Det gis videreføringstilskudd i inntil 2 år.

I 2009 ble det innvilget 1244 søknader om stimuleringsstilskudd fordelt på 264 kommuner. Så langt i 2010 er det innvilget 1112 søknader om stimuleringsstilskudd fordelt på 241 kommuner. Av disse er 288 nye søknader.

BPA har i nærmere 15 år representert en alternativ måte å organisere praktisk bistand til personer med omfattende behov for hjelp. Utviklingen av ordningen har gitt mange funksjonshemmede større valgfrihet i hverdagen sammenliknet med hva kommunens organisering av tjenestene ofte gir. Samtidig har ordningen utfordret kommunene til å utvikle sine tjenester til å svare på ønske om større valgfrihet og brukerstyring generelt. Slik sett har ordningen vært verdifull for flere enn de som i dag mottar BPA. Ifølge Statistisk sentralbyrå mottok over 2500 personer BPA i 2009.

Departementet hadde i 2007 høring om sterkere rettighetsfesting av BPA. Høringen reiste flere prinsipielle, praktiske og økonomiske problemstillinger. Høsten 2010 sendes forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov på høring. Det tas sikte på at lovproposisjon kan fremmes for Stortinget våren 2011.

Post 67 Utviklingstiltak

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Tilskuddet skal styrke tjenestetilbudet og bidra til kompetanseutvikling i landets kommuner og prioritere prosjekter som sikrer god fagutvikling, kompetanseheving og har nasjonal overføringsverdi. Aktiviteten skal ses i sammenheng med tiltak i undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenestene. Tilskuddet skal forvaltes i samhandling med regionale kompetansesentra for lindrende behandling i spesialisthelsetjenesten, og legge til grunn Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen.

Tilskuddet skal i 2011 gå til ulike kompetansehevende tiltak på området og prosjektene skal i stor grad knyttes til aktiviteter i undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenestene. Tiltaket inngår i kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015.

Helsedirektoratet har i 2010 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgått Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen for å vurdere behovet for eventuelle utdypninger i retningslinjene, herunder vurdere om det er behov for å klargjøre barns behov spesielt. Retningslinjer for lindrende behandling til barn og barns behov spesielt er i dag ikke inkludert i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Direktoratet vil i revidert utgave av handlingsprogrammet inkludere retningslinjer om lindrende behandling spesielt knyttet til barns behov.

Undervisningssykehjem

Det er etablert undervisningssykehjem i alle landets fylker. Undervisningssykehjemmene skal bidra til økt kvalitet i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving gjennom prosjekter i eget sykehjem og/eller i samarbeid med sykehjem i andre kommuner. Erfaringene fra det enkelte undervisningssykehjem skal spres gjennom etablering av nettverk, og prosjektene skal ha nasjonal overføringsverdi. Undervisningssykehjemmene skal etablere samarbeidsavtaler med kommune/ sykehjem, høgskole og universitet.

Samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for aldring og helse, FoU senteret for omsorgsforskning på Gjøvik, samt andre forskningsmiljø i landet med kompetanse når det gjelder omsorgstjenesten skal videreføres. Nettsiden for landets un-

dervisningssykehjem skal samtidig bidra til kompetansespredning.

Helsedirektoratet har utlyst et særskilt tilskudd til undervisningssykehjemmene knyttet til kompetanseheving og opplæring i pasientrettighetsloven kapittel 4A. Målgruppen for opplæringen er primært helsepersonell som kan fatte vedtak etter nevnte lovverk.

Tre av hovedundervisningssykehjemmene er etablert som Demensfyrtårn, og har en viktig rolle knyttet til forskning og utviklingstiltak i Demensplan 2015.

Det skal etableres et nasjonalt undervisningssykehjem for den samiske befolkningen.

Tiltaket inngår i kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015.

Undervisningshjemmetjenester

Hjemmetjenesten har, på lik linje med sykehjemmene, behov for å utvikle den praksisnære forskningen, og knytte sterkere bånd mellom undervisnings- og forskningsinstitusjoner og tjenesten.

Undervisningshjemmetjenestene skal stimulere til fagutvikling og forskning og utvikle gode læringsmiljøer. Kommunene som har startet opp med undervisningshjemmetjenester skal fokusere innsatsen rundt ulike temaer, slik som; demens, palliasjon, etikk, tannhelse, rusproblemer, psykisk helse og utviklingshemming. Dette kan bidra til å heve faglig nivå og faglig prestisje, samt styrke rekruttering av kompetente medarbeidere. En viktig målsetting skal være å utvikle tjenestene mot å drive aktiv forebygging gjennom å styrke mestring og motvirke sykdomsutvikling hos brukerne. Undervisningshjemmetjenesten skal tjene som modeller for andre hjemmetjenester i fylket og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter.

Kommunene med undervisningshjemmetjenester inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til undervisningssykehjemmene og de regionale sentrene for omsorgsforskning.

Tiltaket inngår i kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015.

Helsedirektoratet er i gang med å utvikle en samlet strategiplan for undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenesten for årene 2010–2015.

Utvikling av samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra

For å bli bedre rustet til å møte de store helseutfordringene, skal Samhandlingsreformen bidra til

at en større del av helse- og omsorgstjenesten kan gis nært der folk bor. Det vil bidra til at tilgjengeligheten til tjenestene blir bedre, tilbudet mer tverrfaglig og bedre samordnet slik at bruker og pasienter får et helhetlig tilbud. Skal vil lykkes med Samhandlingsreformen, innebærer det at kommuner og helseforetak må utvikle tjenestene i samspill med andre aktører. Det innebærer at man må arbeide annerledes, ulike profesjoner og forvaltningsnivåer må samarbeide på nye måter, tilbudene må organiseres bedre og man må ta i bruk og utvikle kunnskap og ny teknologi. Samhandlingsreformen bygger på at kommunene skal få en sentral og forsterket rolle, og en større andel av den samlede helse- og omsorgstjenesten skal ytes i kommunal helse- og omsorgstjeneste og gjennom mer desentralisering av spesialisthelse-tjenesten.

For å sikre tilgjengelighet og god kvalitet i tjenestene er det nødvendig å understøtte og stimulere lokalt utviklingsarbeid. Flere kommuner og helseforetak har allerede igangsatt samarbeid om å etablere ulike former for lokalmedisinske sentre. Etablering av lokalmedisinske sentre, mange steder betegnet distriktsmedisinske sentre, vil være en måte å organisere tjenestene på som vil kunne gi innbyggerne i kommunene bedre og mer helhetlige tjenester. Samorganisering av allmennlegetjenester, fysikalsk rehabilitering, psykisk helse- og rustjenester mv. kan gi en forsterket og helhetlig oppfølging for bruker/pasient. Spesialisthelsetjenesten vil kunne desentralisere ulike tilbud som poliklinikk, røntgen og ambulante team etc. til senteret. Dette gjør at pasientene kan være i nærmiljøet i stedet for å reise til sykehus for å få utført undersøkelser etc. En slik organisering vil kunne gi medarbeiderne større fagmiljø og dermed mer attraktive kompetansearbeidsplasser. Lokalmedisinske sentra vil være en samhandlingsarena for kommunene som også vil styrke kommunes rolle i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. En kartlegging foretatt av regionale helseforetak vinteren 2010 viser at det er etablert rundt 12 ulike distriktsmedisinske/lokalmedisinske sentre, og det er en rekke sentre under etablering eller planlegging.

For å stimulere til ulike samhandlingstiltak som etablering av lokalmedisinske sentre og kommunesamarbeid om helse- og omsorgstjenester er det etablert en statlig tilskuddsordning over statsbudsjettets kap. 761, post 67. For 2010 er det satt av 73 mill. kroner til formålet, hvorav 40 mill. ble styrket i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett. Det har vært stor interesse for ordningen, og i 2010 er det fordelt tilskudd til

om lag 115 prosjekter, som omfatter over 300 kommuner. De fleste prosjektene innbefatter kommunesamarbeid, samarbeid med helseforetak, og noen prosjekter omfatter også samarbeid med utdanningsinstitusjoner. Delvis er det gitt tilskudd til planlegging av nye tiltak, delvis til å styrke og videreutvikle eksisterende samhandlingstiltak. Prosjektene spenner fra forebyggende tjenester til tilbud til kronikere og eldre. Tilbud for å forebygge bruk av spesialisthelsetjenester vektlegges, som bruk av ambulante team og etablering av såkalte intermediære sengeposter hvor kommuner og helseforetak samarbeider om tilbud ved kommunale døgninstitusjoner slik at pasienter kan unngå konsultasjoner og innleggelse i sykehus med tilhørende lange pasientreiser. Noen prosjekter har også stort innslag av bruk av IKT for å utvikle og prøve ut elektroniske samhandlingsløsninger. Kompetanseoppbygging er sentralt i hoveddelen av prosjektene. I slutten av november 2010 vil Helsedirektoratet arrangere en nasjonal erfaringskonferanse om samhandling og lokalmedisinske sentre.

For nærmere omtale av Samhandlingsreformen se kategoriomtalen 10.60. Det gjennomføres høring på utkast til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste høsten 2010. Forslaget er en oppfølging av det juridiske grunnlaget for Samhandlingsreformen. I tillegg ivaretar forslaget harmonisering av tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Lovforslaget vektlegger samarbeid og samhandling mellom deltjenester på samme forvaltningsnivå og mellom forvaltningsnivåene slik at pasienter og brukere i større grad vil få gjennomgående og helhetlige pasientforløp og tjenester. Det gjennomføres også høring på utkast til ny folkehelselov høsten 2010. Forslaget er blant annet en oppfølging av Samhandlingsreformen som legger økt fokus på forebygging og tidlig innsats. Gjennom lovforslaget legges det til rette for mer effektivt og målrettet folkehelsearbeid blant annet ved å legge til rette for mer systematisk og langsiktig arbeid samt løfte fram folkehelse som et lokalt og regionalt politisk tema. Det tas sikte på at lovproposisjonene kan fremmes for Stortinget våren 2011.

Det tas sikte på å fremme en stortingsmelding om Nasjonal helse- og omsorgsplan våren 2011, hvor en ytterligere konkretisering av virkemidlene i Samhandlingsreformen vil bli presentert.

Tilskuddsordningen vil fange opp at det er store lokale variasjoner i hvilke behov kommunene har for å utvikle samhandlingstiltak. Kommunene er ulike med hensyn til hvilke deler av helse- og

omsorgstjenesten hvor det er behov for å utvikle tilbud til innbyggerne, hvordan de bør organiseres og hensiktsmessige samarbeidsformer. Kommuner kan søke om tilskudd til et bredt sett av tiltak som vil møte Samhandlingsreformens intensjoner. For tildeling vil det bli stilt krav om at virkemidlene har en innretning som ivaretar behovene for å styrke kommunenes tilbud med kvalitet, kapasitet og helhetlig tjenestetilbud. For mange kommuner vil det være nødvendig med kommunesamarbeid for å løse oppgavene og kunne møte framtidens helseutfordringer. Forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak samt med utdanningsinstitusjoner er også en forutsetning for å lykkes med Samhandlingsreformen. Samarbeid med frivillige organisasjoner vil også bidra til å styrke kommunenes forebyggende tilbud.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås følgende endringer sammenliknet med saldert budsjett for 2010:

- Bevilgningen styrkes med 100 mill. kroner til utvikling av samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra.
- Bevilgningen settes opp med 34 mill. kroner til lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid, mot at bevilgningen over kap. 761, post 21, settes ned tilsvarende.
- Bevilgningen settes ned med 1 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 761, post 21, settes opp tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsmidler knyttet til undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjenester som skal føres på post 21.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

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

I 2011 vil det bli gitt tilskudd til følgende organisasjoner:

- Telefonkontakt
- Kirkens SOS i Norge
- Frelsesarméens ettersøkelsesarbeid
- Nasjonalforeningen for folkehelsen, demenslinjen
- Norges Røde Kors oppsporing
- Kolslinjen
- Norsk revmatikerforbund
- Livsglede for eldre

Helsedirektoratet følger virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt opp med 2 mill. kroner til utviklingsprosjekter i regi av Livsglede for eldre, mot at bevilgningen over kap. 761, post 21, settes ned tilsvarende.

Post 72 Landsbystiftelsen

Landsbystiftelsen eier og driver landsbyer (også kalt Camphill-landsbyer), som fram til 1986 var en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Landsbystiftelsens institusjoner. Landsbystiftelsen, som er inspirert av antroposofien, tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfelleskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov.

Følgende institusjoner omfattes av tilskuddsordningen:

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

Midlene blir stilt til rådighet for Landsbystiftelsen som fordeler midlene til institusjonene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap, og følger opp arbeidet med fastlegging av beleggskrav knyttet til antall og type plasser.

Post 73 Særlige omsorgsbehov

Tilskudd til Stiftelsen Conrad Svendsen Senter

Bevilgningen går som tilskudd til Stiftelsen Conrad Svendsen Senter, som er et bo-, omsorgs-, behandlings- og rehabiliteringstilbud der avansert tegnspråk og et sosialt utviklende miljø er grunnlaget. Brukerne er voksne døve og døvblinde med ulike tilleggsvansker av medisinsk og psykologisk kompleksitet og med svært ulik språkforståelse.

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av en spesialisert fagavdeling ved senteret. Avdelingen utreder og behandler brukerne, gir veiledning til personalet og veiledning til brukere og personell fra andre deler av landet.

Tilskudd til Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter

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

- Bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn.
- Tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger.
- Midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for tilbud i aldersinstitusjon.
- Subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak.

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene over, kan anvendes overfor medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved institusjonen. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass og hjemmebesøk mv.

Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av midlene mellom de to institusjonene. Helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap.

Post 75 Kompetansetiltak

Bevilgningen ble i 2009 nyttet til:

- Tiltak for mennesker med sjeldne medisinske tilstander som ikke har et kompetansesenter-tilbud, styrking av syndromdiagnostikk og utvikling av ny kunnskap om forekomst og levekår for gruppene.
- Tilskudd til Nasjonalt senter for telemedisin (NST) for IKT-basert undervisning, veiledning og faglig nettverksbygging rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Bistand til nasjonale kompetansemiljøer med å utvikle og gjennomføre ulike nettbaserte utdanningstilbud.
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (Naku).

Kompetansetiltak for sjeldne medisinske tilstander

Bevilgningen skal nyttes til tiltak for mennesker med sjeldne medisinske tilstander som ikke har et kompetansesentertilbud, styrking av syndromdiagnostikk og utvikling av ny kunnskap om forekomst og levekår for gruppene.

Informasjon om diagnoser uten kompetansesentertilbud i Norge er økt blant annet gjennom nordisk og europeisk samarbeid. Helsedirektoratets servicetelefon for sjeldne tilstander mottar henvendelser fra personer med sjeldne tilstander, pårørende og fagpersoner fra hele landet og bidrar med informasjon og henviser videre til aktuelle fagmiljøer. Det pågår et arbeid for å tilrettelegge informasjon for minoritetsspråklige. Det er hittil mottatt henvendelser om vel 800 sjeldne medisinske tilstander som ikke har et kompetansesentertilbud i Norge. Flere av disse vil ha behov for et nasjonalt tilbud.

Styrking av syndromdiagnostikk innebærer en stor grad av internasjonalt samarbeid. Det pågår utviklingsprosjekt for å få datagrunnlag for forekomst av enkelte sjeldne tilstander og gruppenes levekår. To rapporter ble lagt fram i januar 2009.

En ny kartlegging viste at det fortsatt ikke er alle tilbud som er like godt kjent i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Dette vil bli fulgt opp av Helsedirektoratet. Det er fortsatt behov for å utvikle kompetansesentertilbud til flere sjeldne medisinske tilstander, og styrke syndromdiagnostikk, igangværende kompetanseutviklingsarbeid og informasjon. De regionale fagmiljøene for autisme, AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi er vurdert.

Tilskudd til Nasjonalt senter for telemedisin (NST)
Nasjonalt senter for telemedisin har bistått nasjonale kompetansemiljøer samt enkeltkommuner med bruk av IKT-verktøy i undervisning og kom-

petanseutvikling. Tilskudd har i 2009 i hovedsak gått til aktiviteter overfor ansatte i pleie- og omsorgstjenesten, men også i noen grad mot personell i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (Naku)

Naku er et statlig kompetansemiljø med nasjonale utviklings- og formidlingsoppgaver. Naku har bygd opp en kunnskapsbank som støtte til utvikling av gode tjenester og levekår for personer med utviklingshemming.

Naku har i 2010 økt sitt informasjonsarbeid mot kommunene. Fra 2010 tilbyr Naku et gratis nettbasert opplæringsprogram om helseoppfølging til personell som yter tjenester til personer med utviklingshemming i kommunene, og ett om pasientrettighetsloven § 4A, Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv. Naku koordinerer kompetansehevende fagnettverk på området psykisk helse og utviklingshemmede med psykiske lidelser.

Merknad til budsjettforslaget

Driftsmidler skal føres på 21-posten, bevilgningen foreslås derfor satt ned med 1 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 761, post 21, settes opp tilsvarende.

Post 79 Andre tilskudd

Se omtale under post 21.

Betinget tilsagn om tilskudd

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

Kap. 762 Primærhelsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	Saldert budsjett 2010	
21	Forsøk og utvikling, <i>kan nyttes under post 70</i>		24 079	41 202
60	Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten		6 500	9 205
61	Fengselshelsetjeneste		117 281	122 989
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		33 585	38 897
71	Frivillig arbeid mv.		6 024	6 211
73	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>		28 512	29 896
74	Stiftelsen Amatheia		15 465	15 444
	Sum kap. 762		231 446	263 844

Følgende bevilgninger foreslås flyttet:

- 0,4 mill. kroner fra post 61 til post 21
- 0,5 mill. kroner fra post 61 til kap. 725, post 01
- 16,5 mill. kroner fra kap. 732, post 79, kap. 605, post 70, og kap. 634, post 76

Omtalen av primærhelsetjenester omfatter alle helsetjenester i kommunene. I kommunehelsetjenesten arbeider allmennleger, fysioterapeuter, jordmødre, helsesøstre med flere. Tjenestene er organisert blant annet som fastlegeordning og helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Målsettingen med tjenestene er at innbyggerne i kommunen skal ha likeverdig og god tilgang til hjelp til å holde seg friske, forebygge eller begrense sykdom, utredning og tidlig diagnostikk ved mistanke om sykdom, hjelp ved akutte situasjoner og nødvendig behandling og oppfølging. Med behandling og oppfølging forstås også hjelp til å redusere følgetilstander av sykdom, og til å mestre eget liv hvis skade og sykdom har ført til redusert funksjonsnivå.

Helsestasjon og i skolehelsetjenesten finansieres i hovedsak av kommunenes frie inntekter, uten egenandeler for brukerne. Legetjenester (fastlegevirksomhet og legevakt) og fysioterapitjenester finansieres dels av kommunene gjennom frie inntekter, dels av staten som refusjon fra trygden og dels gjennom egenandeler fra brukere/pasienter.

Forebyggende arbeid

Forebyggende arbeid skal bidra til bedre helse i befolkningen, forebygge sykdom og sykdomsutvikling, begrense unødvendige innleggelseser i sykehus, redusere behandlingsbehov og bidra til at eldre opprettholder funksjonsnivået lengst mulig.

St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen beskriver et utfordringsbilde med en aldrende befolkning og flere med kroniske sykdommer som vil trenge behandling i spesialisthelsetjenesten. For å møte disse utfordringene beskriver reformen en sterkere satsing på forebygging som en viktig del av en ny framtidig kommunerolle. En større andel av den framtidige veksten i helsesektoren skal skje i forebyggende kommunale tjenester. Av veksten i frie inntekter i 2010 ble 230 mill. kroner begrunnet med en styrking av det forebyggende helsearbeidet i kommunene. Midlene er videreført i kommunenes inntektsramme i 2011.

Flere kommunale tjenester er i en gunstig posisjon for å kunne tidlig identifisere både risikofaktorer og helseproblemer, og for å kunne intervensere overfor disse problemene slik at de ikke utvikler seg til mer alvorlige lidelser. Dette kan være adferdsproblemer blant barn og unge, eller begynnende sykdom hos voksne. Viktige tjenester er helsestasjonstjenesten, skolehelsetjenesten, fastlegene, samt såkalte frisklivsentraler for oppfølging av personer med livsstilsutfordringer. For ytterligere omtale av frisklivstilbud vises det til kap. 719, post 60. Hjemmetjenesten er også en sentral tjeneste som kan sette i verk og følge opp for eksempel fall- og ulykkesforebyggende tiltak.

I tillegg besitter de kommunale helsetjenestene sentral kompetanse for kommuner i utformingen av den mer overordnede folkehelsepolitikken.

Jo tidligere et problem oppdages og adresseres, jo større er mulighetene for at alvorlig sykdom forhindres. Det er et problem at tidlig intervensjon og forebyggende arbeid innenfor tjenestene ikke er blitt prioritert godt nok og arbeidet er fragmentert og lite systematisert. Det er viktig at kommuner systematiserer sitt forebyggende arbeid. Dette gjelder både for en overordnet folkehelsepolitikk rettet mot andre påvirkningsfaktorer som miljøfaktorer, og de forebyggende tiltakene som gjøres innenfor tjenestene. Arbeidet med å oppdage og intervensjon overfor personer med livsstilsutfordringer må systematiseres slik at det ikke blir avhengig av enkeltpersoner. Utformingen av satsingen på forebyggende helsetjenester i kommunene skjer i dialog med KS og kommunesektoren.

For å oppnå målsetningene i Samhandlingsreformen kreves en sterkere organisatorisk forankring av det forebyggende arbeidet i kommunene. Det er også behov for mer kunnskapsbasert og systematisk innsats i arbeidet.

Regjeringen vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgstjenestens samlede bevilgning skal komme i form av frie inntekter til kommunene. Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene får et medfinansieringsansvar for innleggelse i spesialisthelsetjenesten fra 2012. Dette vil være et viktig insitament for kommunene til å satse sterkere på forebygging generelt og forebygging av livsstilssykdommer hos risikogrupper.

En sterkere innsats på forebyggende helsetjenester må tilpasses lokale behov. Det kan være hensiktsmessig å starte innsatsen på noen få områder der man kan forvente raske resultater. Tiltak for å forebygge ulykker kan bidra til å redusere sykehusinnleggelse, og etablering av frisklivstilbud kan forebygge livsstilssykdommer hos risikogrupper og bidra til å motvirke utvikling av mer alvorlige og mer behandlingskrevende diagnoser.

Regjeringens videre oppfølging av Samhandlingsreformen og satsingen på forebyggende helsetjenester vil blant annet skje som del av Nasjonal helse- og omsorgsplan. Kommunenes innsats blir fulgt opp fra statlig hold gjennom råd og veiledning, dokumentasjon av effektive tiltak, statistikk om helseforhold, regelverksendringer mv. Fylkeskommunene skal etter lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, understøtte kommunenes arbeid på dette området. For øvrige følger av loven at fylkeskommunen skal frem-

me folkehelse innen de oppgaver fylkeskommunen er tillagt, som tjenesteyting, forvaltning og planlegging, samt ha ansvar for at folkehelse ivaretas i regional utvikling.

Helsedirektoratet er i ferd med å utvikle en overordnet strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I den sammenheng skal direktoratet gjennomføre systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger og evalueringer av effekten av forebyggende tiltak. Det vises til omtale under kap. 719, post 21 og 60.

Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten er et tilbud til gravide og til barn og unge mellom 0 og 20 år. Tjenesten skal fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold samt forebygge sykdommer og skader. Tilbudet skal omfatte helseundersøkelser, vaksiner, rådgiving, veiledning, opplysningsvirksomhet og forebyggende psykososialt arbeid. Tjenesten har særlig oppmerksomhet rettet mot gravide, barn og unge med spesielle behov, samt sårbare og utsatte grupper. Helsestasjonene har høy dekningsgrad blant gravide og småbarn.

I opptrappingsplan for psykisk helse (1998–2008) var det et mål å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 800 årsverk. Helsedirektoratets oversikt over kapasitetsøkning i planperioden viser at antall årsverk i tjenesten har økt med 745 i planperioden. Dette tilsvarer 93 pst. av måltallet. Det foreslås for 2011 en styrking av tilskudd til skolehelsetjeneste i kommuner med store sosiale helseforskjeller jf. omtale under post 60 nedenfor.

Helsedirektoratet leverte i april 2010 rapporten Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Departementet vil følge opp rapporten på egnet måte.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg mv.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg ytes av leger, jordmødre og helsesøstre.

Stortinget behandlet våren 2009 St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. Innst. S. nr. 240 (2008–2009). Feltet er også omtalt i St.meld. nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen.

Jordmortjenesten

Jordmortjenesten har vært en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten siden 1995. Formålet

med jordmortjenesten i kommunen er å styrke svangerskapsomsorgen i kommunene slik at gravide kvinner og deres familie får en helhetlig omsorg før, under og etter fødselen. Kommunene er forpliktet til å tilby svangerskapskontroller/ -omsorg i tilknytning til helsestasjon. En del kommuner har inngått interkommunalt samarbeid om jordmortjenesten og en del kommuner samarbeider med helseforetakene.

Det går fram av Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen 2005 at omsorg til kvinner med normale svangerskap bør gis av jordmor eller allmennlege, eller gjennom et samarbeid mellom allmennlege og jordmor. Brukerne etterspør stadig oftere jordmor i svangerskapsomsorgen.

Antallet jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økte fra 176 i 1995 til 295 i 2008 og 2009 (SSB Årsverk i kommunehelsetjenesten). En stor del av denne økningen fant sted de første tre årene etter at tjenesten ble lovfestet. I tillegg er enkelte jordmødre ansatt hos allmennleger og noen få driver privat virksomhet i kommunen.

En kartlegging av jordmortjenesten og følge-tjenesten i 2003 viste en geografisk skjevfordelt tjeneste med til dels svært små stillingsbrøker. Det er i dag gjennomsnittlig 0,6 jordmorårsverk per kommune.

De siste ti årene er barseltiden i sykehus redusert til 2–3 dager for kvinner som har født ukomplisert. En liggetid på 2–3 dager innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang, og det vil da fortsatt være behov for oppfølging av mor og barn etter utskrivelse fra sykehus.

Jordmødre jobber både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og har gjennom sin utdanning spesialkompetanse innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. I Innst. S. nr. 240 (2008–2009) gikk flertallet i helse- og omsorgskomiteen inn for at lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, og at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå avtaler som sikrer felles utnyttelse av jordmorressursene og legger til rette for helhetlige pasientforløp. Avtalene skal også omfatte beredskap for følgetjeneste. Følgetjenesten har fra 1. januar 2010 vært de regionale helseforetakenes ansvar.

I behandlingen av St.meld. nr. 12 (2008–2009), En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. Innst. S. nr. 240 (2008–2009), fattet Stortinget følgende vedtak:

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 352, 28. mai 2009

«Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet, og at dette forelegges Stortinget i egnet form.»

Helsedirektoratet har hatt i oppdrag å utrede behovet for å styrke jordmortjenesten med hensyn til kapasitet og kvalitet og leverte rapporten Utviklingsstrategi for jordmortjenesten, Tjenestekvalitet og kapasitet (IS-1815), til departementet i mai 2010. I rapporten anbefaler Helsedirektoratet flere tiltak, blant annet moderne distriktsjordmor (dvs. kjent jordmor og ambulant jordmortjeneste ved lang reisevei til fødested), jordmorkoordinator og nybegynnerstillinger. Flere av forslagene forutsetter samhandling innen og mellom nivåer i helsetjenesten. I denne sammenheng blir utformingen av avtaler mellom helseforetak og kommuner om felles utnyttelse av jordmorressursene av stor betydning. I behandlingen av St. meld. nr. 12 (2008–2009) understreket komiteen at de regionale helseforetakene og kommunene sammen må ta ansvar for et helhetlig helsetilbud. I tråd med innstillingen er de regionale helseforetakene gitt i oppdrag, sammen med berørte kommuner, å utarbeide en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps, fødsels- og barselomsorgen i regionen. Det vises til omtale under kap. 732.

I Innst. 212 S (2009–2010), Om Samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform, støtter komiteen departementets anbefaling om avtaler som et velegnet og viktig verktøy for å understøtte samhandling. Det er gjort gode erfaringer med rammeavtalen mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet fra 2007 som skulle understøtte inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak og helseforetak som likeverdige parter. I oppfølgingen av St. meld. nr. 47 (2008–2009) vil departementet foreslå å innføre et lovpålagt avtalesystem mellom helseforetak og kommunene. I tråd med prinsippet om at helsehjelp bør utføres på laveste effektive omsorgsnivå, vil utviklingen av en ny, framtidig kommunerolle innebære at en større andel av helsetjenestene leveres i kommunene. Dette bør også gjelde jordmortjenesten og barselomsorgen. Både lokale avtaler og faglige retningslinjer vil være viktige verktøy for å oppnå dette og sikre koordinerte tjenester for dem som har behov for slike.

Allmennlegetjenesten inkludert fastlegeordningen

Målet for allmennlegetjenesten er å sikre innbyggerne nødvendig tilgang på allmennmedisinsk hjelp. Allmennmedisinen preges av en helhetlig tilnærming til pasienten basert på bred medisinsk kompetanse og kontinuitet i lege-pasientforholdet. Tjenesten omfatter både akutthjelp og medisinsk hjelp til utredning, diagnostikk, behandling og eventuelt henvisning til andre. Det er videre et mål å sikre nødvendig bistand til opplæring i individrettet forebyggende aktivitet.

Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegeoppgaver for eksempel i sykehjem og helsestasjon. Det ble utført om lag 12,8 mill. konsultasjoner hos allmennlege og om lag 1,3 mill. konsultasjoner på legevakt i 2009.

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet i allmennlegetjenesten.

Refusjoner til allmennlegehjelp er omtalt under programområde 30, kap. 2755, post 70.

Brukere av allmennlegetjenesten

En rapport fra Nav (2007) basert på legekontakter fra fastleger og legevakt i kommunehelsetjenesten som gir rett til refusjon fra folketrygden, viste at innbyggerne i gjennomsnitt hadde 2,5 konsultasjoner hos fastlege i 2006 (kvinner 2,9 og menn 2,1). De hyppigst brukte hoveddiagnosene i fastlegevirksomhet var ifølge rapporten knyttet til muskel- og skjelettsystemet (18,8 pst.), hjerte-/karsystemet (13,8 pst.), luftveier (13 pst.) og psykiske forhold (9,8 pst.).

Konsultasjonshyppigheten hos fastlege er noe høyere i østlige og sørlige fylker enn i Midt-Norge og Nord-Norge, mens konsultasjonshyppigheten for legevakt er høyest i Midt-Norge og Nord-Norge. Dette kan ha sammenheng med ulik tilgjengelighet til fastlege og varierende stabilitet i legedekningen.

Legedekningen i kommunene

Den samlede årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde 4637 årsverk i 2009, dvs. en økning på 104 årsverk fra 2008 (2,3 pst.). Fra 2002 til 2009 økte antall årsverk i allmennlegetjenesten med til sammen 486 årsverk (11,7 pst.) fra 4151. Til sammenlikning økte antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten med 30,7 pst. fra 9300 til 12 152 årsverk i samme periode.

Ved utgangen av 2009 var det registrert 4064 fastlegepraksiser i kommunene. Dette er en økning på 336 fra utgangen av 2002. Av totalt 4133 fastlegehjemler var 69 ikke besatt. Om lag 1 pst. av befolkningen (46 391 innbyggere) sto på lister knyttet til disse hjemlene som i hovedsak er betjent av vikarer. Andelen av ledige hjemler var størst i Nordland og Troms (hhv. 8,9 og 7,5 pst.). Legedekningen i Sogn og Fjordane er betydelig bedret de senere år. Rundt 1,5 pst. av innbyggerne bytter hvert kvartal fastlege etter eget ønske.

Ved innføringen av fastlegeordningen var 28,8 pst. av fastlegene kvinner. Andelen kvinnelige fastleger er gradvis økt til 34,7 pst. per desember 2009. Av økningen i antall fastleger fra utgangen av 2002 til utgangen av 2009 utgjorde kvinnelige leger 92 pst. (Helfo).

Legevakt

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 plikter kommunen å organisere blant annet allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning, legevakt og medisinsk nødmeldtjeneste. I dette ligger blant annet at kommunen skal ha et system som sikrer ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Kommunen kan gjennom fastlegeavtalen tilplikte den enkelte fastlege deltakelse i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradi nettet og ivaretagelse av utrykningsplikten (fastlegeforskriften § 12 c). Den enkelte fastlege har i tillegg ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggere på sin liste innenfor den åpningstid som er avtalt med kommunen (jf. Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen punkt 10.1).

De fleste kommuner deltar i et interkommunalt legevaktssamarbeid. Dette er den vanligste organisasjonsformen i de mindre kommunene. Til sammen er det 220 legevaktdistrikter, hvorav 118 interkommunale. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til en handlingsplan for utvikling av legevaktstjenesten i Norge (2009). Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet kommet med en vurdering av hvilke forslag som bør prioriteres i sin rapport Tiltak for styrking av legevaktstjenesten (juni 2010). Rapporten er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet.

I samtlige fylker er det opprettet overgrepsmottak i tilknytning til kommunale/interkommunale legevaktssentraler. Overgrepsmottakene gir

akutt hjelp til personer utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep.

Utvikling av allmennlegetjenesten

Som oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen, er det lagt opp til en styrking av allmennlegetjenesten i kommunene. Dette er av avgjørende betydning for å oppnå ønsket effekt av reformen. Det er et mål at fastlegene skal få en tydeligere rolle i det individrettete forebyggende arbeidet overfor innbyggere på sin liste. Fastlegens kompetanse knyttet til å ivareta behovet for allmennlegetjenester til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer skal videreutvikles og styrkes. Det forutsettes også at fastlegene på systematisk måte følger opp pasienter som skal ha høy prioritet når det gjelder behov for samhandling innad på kommunalt nivå og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er i tillegg en målsetning å øke kapasiteten og forbedre kvaliteten på annen allmennlegetjeneste i kommunen, herunder i sykehjem.

Departementet vil gjennomgå regelverket for fastlegevirksomhet (forskrift og sentralt avtaleverk) med sikte på blant annet å innføre nasjonale funksjons- og kvalitetskrav. Departementet vil også gjennomgå finansieringssystemet for de kommunale legetjenestene med sikte på endringer som skal støtte opp under målsettingene i Samhandlingsreformen.

Dette vil bli omtalt i henholdsvis høringsnotat til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste og Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Oppfølgingen av IA-avtalen

Viktige tiltak for å nå målsetningene i IA-avtalen er blant annet å utvikle faglig veileder/støtte til bruk i sykemeldingsarbeidet og å utarbeide et opplegg for obligatorisk opplæring av sykemeldere. Arbeidet med implementeringen av faglige veiledere og opplæringen vil starte i 2011. Det vises til nærmere omtale under kap. 762, post 21.

Forskning og kunnskapsoppbygging

Et endret sykdomsbilde i befolkningen er blant utfordringene som skisseres i samhandlingsmeldingen. Stadig flere lever med kreft, hjerte-karsykdommer og kroniske sykdommer og/eller livsstilssykdommer som Kols, diabetes, kostholdsrelaterte sykdommer, psykiske lidelser og rusavhengighet. Dette er samtidig ofte brukere som har spesielt store behov for omfattende og

sammenhengende tilbud over tid. For å møte nye kunnskapsbehov er det behov for forskning på tjenestene innenfor flere fagfelt, f.eks. allmennmedisin og fysioterapi, og på forebygging av sykdom. Flere pasienter og pasientgrupper er avhengig av flerfaglige tilnærminger og samhandling mellom tjenestenivåer. Gode behandlingsforløp har betydning for både fysisk og mental helse. Det er derfor også behov for forskning på samhandling både innen primærhelse- og spesialisthelsetjenesten og på tvers av nivåene.

Fysioterapitjenesten

Kommunene skal etter kommunehelsetjenesteloven sørge for fysioterapitilbud til befolkningen. Tilbudet omfatter helsefremmende og forebyggende arbeid samt behandlende og rehabiliterende tiltak og foregår på helsestasjon, i skolehelsetjenesten, ved frisklivssentraler og i kommunen for øvrig. Mange kommuner har organisert fysioterapitjenester etter brukergruppens alder og funksjonsnivå. Privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale arbeider med alle aldersgrupper, men primært med befolkning som er i yrkesaktiv alder samt pensjonister.

Kommunenes kostnader til fysioterapi er knyttet til lønn til ansatte og driftstilskudd til fysioterapeuter med driftsavtale. For fysioterapeuter i ansettelsesforhold får kommunen et tilskudd for fastlønte fysioterapeuter (kap. 2755, post 62). Tilskuddet gis i stedet for trygderefusjon. Fastlønnstilskuddet utgjorde i 2009 til sammen 220 mill. kroner. Hvis fysioterapeuten har driftsavtale med kommunen refunderer folketrygden hele eller deler av pasientenes kostnader til fysioterapi. I 2009 refunderte folketrygden 1668 mill. kroner til fysioterapibehandling. Se nærmere omtale under programområde 30 Stønad ved helsetjenester.

Kommunene definerer behovet for fysioterapitjenester i kommunen og inngår driftsavtaler eller ansetter fysioterapeuter for å dekke behovet. Som utgangspunkt skal det inngås 100 pst. driftsavtalehjemmel dersom praksisen ikke drives på deltid. Kommunene skal bare kunne utlyse deltidshjemler når dette samsvarer med det reelle tjenestebehovet. Deltidshjemler skal være på minimum 40 pst. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-3.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi har økt betydelig de siste årene, jf. omtale under kap. 2755, post 71, under programområde 30. Utgiftsøkningen skyldes for en stor del økt aktivitet i tje-

nesten. Kommunenes oppsplitting av driftstilskudd i små enheter med forutsetning om fulltidsarbeid har bidratt til å øke aktiviteten. Mange avtalefysioterapeuter arbeider langt utover sine driftsavtaler. Spesielt gjelder det fysioterapeuter med små hjemmelsstørrelser samt dem med tilnærmet fulltidshjemler. Kostra-rapporteringen viser at av i alt 3466 avtalehjemler i 2009 er 1585 (46 pst.) fulltidshjemler. De øvrige hjemlene er deltidshjemler. 40 pst. av avtalehjemlene er i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 14 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2008 viser dette en økning av hjemler med volum 2/5–5/5 og en reduksjon av de øvrige hjemmelstypene. Departementet følger denne utviklingen nøye.

For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten skal kommunenes finansieringsansvar økes. Omleggingen har vært tema i takstforhandlingene våren 2009 og 2010, med iverksetting fra 1. juli 2009, og vil fortsette i takstforhandlingene 2011 og 2012. Omleggingen skal være sluttført senest ved takstforhandlingene 2012. Det vises til nærmere omtale under programområde 30.

Stortinget ba i oversendelsesforslaget av 16. mars 2009 (Innst. S. nr. 144 (2008–2009) jf. Dokument nr. 8:10 (2008–2009) «Det henstilles til Regjeringen om senest i løpet av 2009 å vurdere virkningene av den omlagte finansieringsordningen for fysioterapeuter, både hva gjelder fysioterapeuter og pasienter». Omleggingen av finansieringen ga i 2009 små økonomiske utslag for fysioterapeutene på grunn av iverksetting fra 1. juli. Refusjon fra trygden for 2009 og første halvår 2010 viser at aktiviteten i tjenesten er opprettholdt.

Ressursinnsatsen i fysioterapitjenesten utgjorde til sammen 4220 årsverk i 2009, fordelt på 1473 årsverk i ansettelsesforhold, 2603 årsverk med kommunal driftsavtale samt 143 årsverk turnuskandidater. Samlet sett er dette en økning av ressursinnsatsen for fysioterapeuter med kommunal tilknytning på 62 årsverk fra 2008. Det syntes som om det i tillegg er et økende antall privatpraktiserende fysioterapeuter uten avtale med kommunene. Disse er ikke inkludert i Kostra-tallene.

Årsverksinnsatsen for ansatte fysioterapeuter rapportert i Kostra har økt fra 2008 til 2009 med 47 årsverk. Ressursinnsatsen innen helsestasjon og skolehelsetjeneste er stabil og innenfor behandling og rehabilitering er ressursinnsatsen økt sammenliknet med 2008.

Departementet gjennomførte våren 2010 en spørreundersøkelse i 42 kommuner av ulik størrelse. Formålet var å undersøke om kommunenes tjenestetilbud innen avtalefysioterapitjenesten var en-

dret etter omleggingen hadde startet, samt om å få innsikt i kommunenes planer for tjenesten. 79 pst. av kommunene i undersøkelsen svarte at aktivitetsnivået for tjenesten var opprettholdt eller økt etter at omleggingen var startet. 40 pst. av kommunene svarte at de hadde større fokus på tjenesten.

Departementet vil vurdere rammebetingelsene for avtalefysioterapeutene med sikte på å sikre best mulig kvalitet i tjenesten. For å få til et enklere og mer brukervennlig takstsystem har departementet nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som gjennomgår takstsystemet for fysioterapi-behandling. Arbeidsgruppen skal legge fram et forslag til departementet om forbedringer i takstsystemet før takstforhandlingene i 2011. Målet er et avtaleverk og takstsystem som skal støtte opp under de sentrale prinsippene i St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen og bidra til kvalitet i tjenesten.

Helsetjenester til beboere i asylmottak

I 2009 kom det 17 226 asylsøkere til Norge. Dette er en økning fra 2008. Økningen er særlig stor i gruppen enslige mindreårige asylsøkere (Ema) hvor det kom 2500 i 2009. Det er forventet færre ankomster i 2010 og 2011, om lag 10 000 årlig. Asylsøkere i Norge er unge og har sin bakgrunn fra over 200 ulike land.

Kommunene har ansvar for å sørge for nødvendige helsetjenester til beboere på asylmottak. Kommunene får kompensert for kostnadene gjennom vertskommunetilskudd fra Utlendingsdirektoratet. Utfordringene for kommunene er særlig knyttet til den store økningen i antall asylsøkere og flyktninger og tjenestekapasiteten i kommunene. Mange asylsøkere og flyktninger har stort behov for legehjelp og annen helsetjeneste, da de kan ha vært utsatt for vold og traumer i sitt opprinnelsesland. Manglende språkforståelse skaper i tillegg kommunikasjonsbarrierer som har betydning for tilgjengelighet og kvalitet i tjenesten. Det foreligger to utredningsrapporter som omhandler henholdsvis systematisk screening av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere og tilbud om oppfølging av voldelige mottaksbeboere. Som oppfølging av rapportene er det blant annet igangsatt et arbeid med å utvikle et introduksjonskurs for ansatte i asylmottak. I sammenheng med dette vil det bli laget et informasjonsskriv om håndtering av vold i mottak. Helsedirektoratet har i 2010 oppdatert veilederen Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger, og familiegjenforente. Departementet vil i løpet av 2011 i samarbeid med Justisdepartementet og Barne- og likestillingsdeparte-

mentet følge opp ulike sider av tjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger.

Helsetjenester til innsatte i fengsler

Vertskommuner og vertsfylker for fengsel har ansvar for helsetjenester til innsatte og mottar midler for å yte slike tjenester, se kap. 762, post 61. Fylkeskommuner med fengsler skal yte tannhelsetjenester til innsatte. De regionale helseforetak har ansvar for å tilby spesialiserte tjenester til innsatte og mottar midler til dette gjennom basis-tilskuddet til de regionale helseforetakene. Innsatte har samme rett til helsetjenester som befolkningen for øvrig.

Blant innsatte er det en betydelig oversykelighet med hensyn til psykiske lidelser og alvorlig rusmiddelproblematikk sammenliknet med befolkningen for øvrig. Det er derfor forutsatt at det skal inngås avtaler mellom det psykiske helsevernet i helseforetakene og kommunene om tilbud av tjenester overfor de innsatte. Formålet med dette er blant annet å styrke samhandlingen og tydeliggjøre ansvaret for tjenestene.

Majoriteten av fengslene har innsatte som er inkludert i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), der helsetjenesten i fengselet forestår utlevering av medikamentene i LAR. Det er stor variasjon i forskrivning av vanedannende legemidler mellom fengslene. Det er fortsatt behov for å styrke helsepersonellens fagkompetanse om rus og psykisk helse og å sørge for sikre rutiner under LAR-opplegg.

Fra 1997 ble det av smittevernhensyn innført en ordning hvor innsatte ble gitt tilgang til desinfeksjonsveske for å kunne rense brukte sprøyter og spisser. På bakgrunn av en utredning i 2009 anbefalte Helsedirektoratet å sette i verk en ordning i fengslene som omfatter innbytte av brukte sprøyter og spisser. Helse- og omsorgsdepartementet sendte utredningen på en bred høring i helse- og justissektoren, men besluttet sommeren 2010 å ikke gå videre med forslaget da både Folkehelseinstituttet og fengselshelsetjenesten stort sett var negative til forslaget, og mente det ville ha liten smittevernmessig gevinst.

Det er etablert samarbeid mellom Nav-kontorer og flere av de største fengslene.

Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid etablert totalt 11 rusmestringsenheter i fengsler fra 2007 til 2010. Det vises til omtale på kap. 734, post 72. I 2010 er det

iverksatt flere tiltak for bedre soningsforhold. Det nye Halden fengsel har 251 plasser.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For å få et klarere skille mellom tilskuddsmidler og midler til statlige driftsutgifter, er bevilgningen delt mellom post 21 og post 70, Andre tilskudd. Det er gitt en samlet beskrivelse av de øvrige formålene under post 70.

Oppfølgingen av IA-avtalen

Gjennom intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) arbeider regjeringen og partene i arbeidslivet for et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet.

Avtalen skal bidra til å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

Gjennom avtalen er det satt fokus på å redusere sykefraværet, øke avgangsalderen i arbeidslivet og sikre rekrutteringen av personer med nedsatt funksjonsevne og andre utsatte grupper i arbeidslivet.

Det vises til Prop. 1 S (2010–2011) fra Arbeidsdepartementet for en nærmere omtale av IA-arbeidet, prosessen fram mot en ny IA-avtale og generelt om oppfølgingstiltak.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal, som en oppfølging av IA-arbeidet, utarbeide både faglig veileder/støtte til bruk i sykemeldingsarbeidet og et opplegg for obligatorisk opplæring for alle sykemeldere. Arbeidet med oppdragene startet opp i juni 2010. Ferdigstilling og oppstart av implementeringen vil skje i løpet av 2011. For 2011 foreslås det bevilget 13,0 mill. kroner til utvikling av faglige veiledere og 3,5 mill. kroner til obligatorisk opplæring av sykemeldere over kap. 762, post 21. Midlene foreslås flyttet fra kap. 732, post 79, og Arbeidsdepartementets kap. 605, post 70, og kap. 634, post 76.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås følgende endringer sammenliknet med saldert budsjett for 2010:

- bevilgningen settes opp med 16,5 mill. kroner til IA-tiltak
- bevilgningen settes opp med 0,4 mill. kroner mot at kap. 762, post 61, settes ned tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsutgifter til fengselshelsetjenesten

Post 60 Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten

Posten foreslås styrket med 2,5 mill. kroner. Tilskuddet skal gå til å styrke skolehelsetjenesten i kommuner med store sosiale helseforskjeller. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og tildeles etter søknader fra kommuner og bydeler. Skolehelsetjenesten er en egnet arena for å identifisere tidlig problemutvikling og da kunne forhindre større problemer. Dette gjelder både innenfor psykisk helse, overvekt og andre problemområder hvor den sosiale dimensjonen er sterkt gjeldende. Skolehelsetjenesten er lett tilgjengelig og har høy tillit blant brukerne. Mange kommuner har en mangelfullt utbygd skolehelsetjeneste, dette gjelder spesielt innenfor den videregående skolen.

Merknad til budsjettforslaget

Det vises til omtale under kapittel 2, Profilen i budsjettforslaget, posten foreslås styrket med 2,5 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2010.

Post 61 Fengselshelsetjeneste

Av den totale bevilgningen på 117,3 mill. kroner til helsetjenester til innsatte i fengsler i 2009, ble 94,6 mill. kroner fordelt til kommuner og 14,6 mill. kroner fordelt til fylkeskommuner (tannhelsetjenester).

Bevilgningen til fengselshelsetjenesten foreslås videreført i 2011.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt ned med 0,5 mill. kroner til drift av emnebiblioteket for fengselshelsetjenesten, mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende.

Driftsutgifter skal føres på post 21, bevilgningen foreslås derfor satt ned med 0,4 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 762, post 21, settes opp tilsvarende.

Post 70 Tilskudd

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen 2005 skal revideres og utgjøre del av felles retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009), En gledelig begiven-

het – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Det ble gitt 0,4 mill. kroner til implementering av retningslinjer for svangerskapsomsorgen med hovedvekt på utvikling av et elektronisk helsekort i 2009. Det ble gitt 1,1 mill. kroner til formålet og andre oppfølgingstiltak i St.meld. nr. 12 (2008–2009) i 2010. Det vises til omtale også under innledningen til kap. 762 og under kap. 732 og kap. 781, post 21.

Forebygging i helsetjenesten

Det forebyggende helsearbeidet ble styrket i 2010 ved en økning i kommunenes frie inntekter med 230 mill. kroner. Midlene er videreført i kommunenes inntektsramme i 2011, se omtale under omtalen til programkategori 10.60. Helsedirektoratet ble i 2010 tildelt 6 mill. kroner over kap. 762, post 21, til å understøtte arbeidet i kommunene.

Gjennom rundskrivet IS-1/2010 Nasjonale mål og hovedprioriteringer, har Helsedirektoratet anbefalt at kommunene i 2010 prioriterer å få oversikt over helsetilstanden og viktige påvirkningsfaktorer, som grunnlag for å utvikle en lokal folkehelsepolitikk med innsats forankret i det ordinære plan- og styringssystemet. Videre er kommunene blitt anbefalt å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og etablere frisklivstilbud.

Helsedirektoratet har jobbet både med oppstart og drifting av et nasjonalt kompetanseprogram, samt utforming av en kommunikasjonsstrategi. Kommunene har blitt orientert om understøttende tiltak for å bidra til styrking i kommunenes forebyggende arbeid. Viktige elementer her er å styrke tilgjengeligheten til helsestatistikk og data på kommunenivå.

Helsedirektoratet har våren 2010 gjennomført kurs og konferanser for kommunene, blant annet om etablering av frisklivstilbud. Videre er det planlagt regionale konferanser høsten 2010 som skal veilede om effektive tiltak.

Foreløpige signaler tyder på at det er betydelige forskjeller mellom kommunene i hvor langt de har kommet i arbeidet. Få kommuner synes å ha kommet så langt at midler er øremerket til spesielle tiltak/prosjekter, men fylkesmennene rapporterer at flere kommuner uttrykker at arbeidet skal prioriteres i framtiden i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen.

Bevilgningen for 2010 på 6 mill. kroner til Helsedirektoratets oppfølging av satsingen foreslås videreført.

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008–2011) koordineres av Barne- og likestillingsdepartementet. Planens seks innsatsområder er effektiv håndheving av regelverket, økt kompetanse og kunnskapsformidling, forebygging og holdnings-skapende arbeid, tilgjengelige helsetjenester, styrket innsats ved ferier og styrket internasjonal innsats. Målgruppene for tiltakene er jenter og kvinner som er eller kan bli utsatt for kjønnslemlestelse, offentlige og private tjenesteytere og institusjoner, menn med bakgrunn fra risikolandene, frivillige organisasjoner og relevante trossamfunn. Helsetjenestens bidrag på området kjønnslemlestelse har to hovedmål: (1) effektivt forebyggende arbeid for å forhindre at jenter blir kjønnslemlestet, og (2) god behandling til jenter/kvinner som allerede er kjønnslemlestet.

Regjeringen har besluttet at alle jenter i risikogrupper fra områder i land som praktiserer kjønnslemlestelse skal tilbys frivillige underlivsundersøkelser som del av helseundersøkelsen ved ankomst til Norge. Videre skal tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til aktuelle jenter (innvandrere og norskfødte av innvandrereforeldre) gis ved skolestart, på 5. klassetrinn og i ungdomskolen av helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten, jf. Rundskriv I-5/2009, Forebygging av kjønnslemlestelse – tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til jenter/kvinner med innvandrerbakgrunn. Rundskrivet revideres høsten 2010.

Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til rekruttering og stabilisering av leger i primærhelsetjenesten, særlig i distriktskommuner.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter interkommunale legevaktordninger, kvalitetssikring av ambulansetjenesten og samhandling mellom kommunehelsetjeneste og sykehus gjennom etablering av praksiskonsulentordning.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Finnmark har som særskilt målsetning å bedre rekrutteringen og å stabilisere legedekningen i de samisktalende kommunene i Finnmark. Dette omfatter tiltak for å heve kompetansen til legene innen samisk språk, kultur og helseforståelse. Tiltak er også satt i verk for å bedre arbeidsforholdene og legge til rette for bedre integrering av legene i lokalmiljøet.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin bidrar til å styrke rekruttering og stabilisering av primærleger i Nord-Norge.

Tiltakene foreslås videreført i 2011.

Fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) med tilknytning til de medisinske fakultetene ble opprettet høsten 2006. Et felles plandokument danner grunnlag for samarbeid mellom enhetene om forskningsprosjekter. Muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og livsstilssykdommer utgjør en stor andel av problemstillingene allmennlegene møter. Disse lidelsene utgjør også en stor andel av langtids sykefravær. Kunnskapsgrunnlaget i den praktisk utøvende allmennmedisin har stor betydning for kvaliteten på allmennlegetjenestene til befolkningen. Endringer i sykdomsbildet i befolkningen de siste tiårene, og dermed i primærhelsetjenestens oppgaver, har medført behov for ny og forskningsbasert kunnskap. En av Samhandlingsreformens hovedintensjoner er å styrke de kommunale tjenestene. Et viktig ledd i dette er å styrke allmennlegetjenesten, blant annet fastlegenes rolle. For at fastlegene skal kunne være mest mulig oppdatert og deres kunnskap forskningsbasert, er det nødvendig med praksisnær, deriblant klinisk, allmennmedisinsk forskning. Basisfinansieringen av AFE skjer over kap. 762, post 21/70, mens forskningsmidler også kan søkes gjennom Norges forskningsråd, Allmennmedisinsk forskningsfond og fra Program for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Nsdm). For 2010 var det avsatt 12 mill. kroner til AFE, hvorav 4 mill. kroner i tilknytning til Samhandlingsreformen med spesielt fokus på tjenester til brukere med sammensatte behov, hvorav mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige.

Forskningsprosjektene ved de fire AFE omfatter samlet et bredt spekter av problemstillinger innenfor svært mange dagsaktuelle temaer. I 2009 ble det publisert en rekke arbeider ved de fire AFE, blant annet vitenskapelig artikler i indekserte fagfelleverderte tidsskrift. Det ble i tillegg drevet omfattende forskningsformidling gjennom kongresser, bokkapitler, kronikker mv.

Tiltaket foreslås videreført i 2011.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble etablert i 2004 og er organisatorisk tilknyttet Universitetet i Bergen. Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin. Blant senterets hovedoppgaver er å bidra

til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet samt bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet, etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet og sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse. Virksomheten omfatter også overgrepsmottakene. Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over kap. 762, post 21. Det er gjennomført lokale brukerundersøkelser ved utvalgte legevakter. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten vil, i samarbeid med Nklm, i 2010 gjennomføre en nasjonal brukerundersøkelse blant pasienter på legevakt. Spørreskjema utvikles blant annet på basis av de gjennomførte lokale brukerundersøkelsene. Nklm har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Departementet vil vurdere aktuell oppfølging av de foreslåtte tiltakene.

Fra 2008 ble det innført en tilskuddsordning for etablering og/eller utvidelse av interkommunale legevaktsamarbeid (IKL-samarbeid). Formålet med stønadsordningen er å heve kvaliteten på kommunal legevakt, og å bidra til rekruttering og stabilitet av leger i mindre kommuner/distriktskommuner. Det gis tilskudd også i 2011.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er tilknyttet Universitetet i Tromsø og har vært permanent siden 2007. Formålet med NSDM er å fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene, for å bygge bro mellom praksis og akademi og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten i distriktene. En hovedutfordring er å bidra til likeverdige og stabile lege- og helsetjenester i distriktene med vekt på samhandling, så vel i lokalsamfunnet som mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Driften dekkes i hovedsak over kap. 762. I tillegg gis et mindre tilskudd fra Helse Nord. Det gis tilskudd også i 2011.

Data fra fastlegedatabasen i Helsedirektoratet/Helfo tilrettelegges for forskere av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det gis tilskudd til formålet i forlengelsen av den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen.

Helsedirektoratet har hatt i oppdrag å etablere et datasett med systematisert informasjon om aktivitet i allmennlegetjenesten basert på eksisterende kilder, Rapport IS-1808 Data fra allmennlegetjenesten, ble oversendt departementet i juli 2010. Som en del av helseregisterprosjektet vil det bli vurdert å opprette et sentralt helseregister knyttet til primærhelsetjenesten. Det vises til omtale under kap. 782 Helseregistre.

Utdanningsstillinger i allmennmedisin

Den største utfordringen innen allmennlegetjenesten har fra første halvdel av 1990-tallet vært rekruttering til tjenesten, spesielt i distriktene. Rekrutteringsproblemer i deler av allmennmedisin og den store veksten i legestillinger i spesialisthelsetjenesten har ført til en økende ubalanse mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En styrking av allmennlegetjenesten i kommunene er en forutsetning for en vellykket samhandlingsreform. Det er i dag store forskjeller mellom de vilkår som gis leger i spesialisering i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Én av flere viktige forutsetninger for nyrekruttering til tjenesten er et strukturert og forutsigbart løp for spesialistutdanning i allmennmedisin. Helsedirektoratet har utredet juridiske og økonomiske forhold knyttet til opprettelse av utdanningsstillinger for allmennleger.

Som ledd i Samhandlingsreformen gis det 5 mill. kroner til utprøving av en ordning med fastlønte utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin i 2011. Tiltaket kan også tenkes å ha en gunstig effekt på legevaktstjenesten gjennom at noen av dagens vikarleger erstattes av utdanningskandidater med tilhørighet i distriktet.

Helsetjenester til samisk befolkning

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige og kunnskapsbaserte helsetjenester til samisk befolkning.

I 2010 ble det gitt tilskudd til ulike aktiviteter knyttet til helsetjenester til den samiske befolkning, herunder bl.a. tilskudd til Sametinget, til Senter for samisk helseforskning og til finsk-norsk grensesamarbeid. Sametinget bruker deler av midlene til saksbehandlerstillinger. Formålet med stillingene er utvikling av Sametingets helsepolitiske innspill til sentrale myndigheter og løpende dialog med helseforetakene mv., og administrasjon av tilskuddsordningen som de øvrige midlene til Sametinget anvendes til. Sametinget gir tilskudd til et bredt spekter av aktiviteter i regi av kommuner og ulike private aktører. Asplan Viak har gjennomført en evaluering av helse- og sosialmidlene til Sametinget for perioden 2001–2007. Evalueringen viste at tilskuddsordningen i stor grad har bidratt til økt kunnskap om og forståelse for samisk språk og kultur blant tjenesteytere innenfor helse- og sosialtjenesten, og at denne kunnskapen førte til et bedre tjenestetilbud til samiske pasienter. Denne kunnskapen er basis for

Sametingets utforming av sine helse- og sosialpolitiske innspill. Det gis tilskudd også i 2011.

Helsedirektoratet arbeider for å fremme samisk språk og kulturkompetanse gjennom rådgivning og nettverksvirksomhet mot kommuner, helseforetak, fylkesmenn, utdanningsinstitusjoner og andre aktører med en rolle i helsetjenesten. Til tross for en økende bevissthet om den samiske befolkningens behov er det fortsatt et betydelig problem å få til løsninger som er institusjonelt forankret og ikke avhengig av enkeltpersoners engasjement for dette. Helse Nord arbeider med et tolkeprosjekt der tolkning via telematikk vil være sentralt. Formålet med prosjektet er å utvikle løsninger som kan tilbys nasjonalt. Det er ikke funnet vesentlige forskjeller i helsetilstand mellom samisk og øvrig befolkning i aktuelle områder. Imidlertid er det indikasjoner på at samene er mindre tilfreds med tjenestene. Fortsatt manglende språk- og kulturkompetanse i tjenestene og til dels vanskelig geografisk tilgjengelighet kan forklare dette.

Departementet har i 2010 gjennomgått tilskuddsordningen som forvaltes av Sametinget.

Det vises for øvrig til Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementets vedlegg til statsbudsjettet som omhandler bevilgninger til samiske formål.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Formålet med tilskuddet er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av etnisk, religiøs, kulturell og språklig bakgrunn. Dette innebærer å videreutvikle og tilgjengeliggjøre tjenestene i tråd med brukernes behov og forutsetninger, deriblant å sikre god kommunikasjon ved bruk av kvalifisert tolk.

Omkring 11 pst. av befolkningen i Norge har enten innvandret selv eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Migrasjon skaper endringer og utfordringer i samfunnet og bidrar til økt kompleksitet og nye muligheter, på både individ- og systemnivå.

Helse- og omsorgssektoren har i kommende år mange store oppgaver i forbindelse med å sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til alle de ulike gruppene i migrantbefolkningen. Utfordringene er særlig knyttet til at antall asylsøkere, flyktninger, familiegjennforente, arbeidsinnvandrere og andre innvandrere er uforutsigbart. Det råder usikkerhet omkring hvilke tje-

nestebehov de vil ha behov for og hvilken kapasitet og kompetanse kommunene må planlegge for.

Videre møter helse- og omsorgstjenesten utfordringer knyttet til migrantbefolkningen som har bodd lenge i landet. Helseutfordringene dreier seg om møter mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, inkludert kommunikasjon og tolk, om organisering av tjenesteapparatet og i noen grad om samarbeid med andre sektorer.

Helsedirektoratets utviklingstreksrapport for 2009 omhandlet migrasjon og helse. Departementet vil vurdere aktuell oppfølging av forslagene i rapporten. Helsedirektoratet administrerer Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (Sohemi), som vil ha en viktig rolle i oppfølging. Tilskudd til formålet foreslås videreført i 2011.

Helsekravforskriften for petroleumsvirksomheten

Oppgaven med å forvalte helsekravforskriften for petroleumsvirksomheten er lagt til fylkesmannen i Rogaland. Arbeidet består av regelverksutvikling, fortolkning og forvaltning når det gjelder lover og forskrifter knyttet til helse på petroleumsområdet. Det gis tilskudd til fylkesmannen i Rogaland for dette arbeidet.

Merknad til budsjettforslaget

Det vises til omtale under kapittel 2 Profilen i budsjettforslaget, som en del av Samhandlingsreformen foreslås bevilgningen styrket med 5 mill. kroner til utdanningsstillinger i allmenntilmedisin.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen ytes i all hovedsak som driftstilskudd til Norsk Pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød. Norsk Pasientforening skal sikre at pasienter får informasjon og praktisk hjelp med hensyn til rettigheter og erstatning. Foreningen er uavhengig og frittstående, yter gratis hjelp, veiledning og råd til pasienter og pårørende samt bidrar til å føre en sak gjennom de offentlige klageorganene. Foreningen skal også være et kompetansesenter for pasientrettigheter. Landsforeningen uventet barnedød er en forening til felles støtte for dem som mister sitt barn plutselig og uventet. Foreningen utarbeider og sprer informasjonsmaterieil, tildeler forskningsmidler og gir tilbud om støtte og omsorg til foreldre som har mistet et barn. Bevilgningen var i 2010 på om lag 6 mill. kroner. Tilskuddene foreslås videreført i 2011

Post 73 Forebygging av uønskede svangerskap og abort

Det ble i 2009 utført 15 774 svangerskapsavbrudd, dvs. 299 færre enn i 2008. Dette gir i 2009 en abortrate på 14 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år. Abortraten blant tenåringer i alderen 19 år og yngre var 15,9 i 2009 mot 18 i 2008. Nivået er dermed igjen under 16 per 1000 kvinner i denne aldersgruppen slik som i 2004 og 2005. Abortraten var høyest i aldersgruppen 20–24 år med en rate på 30,4 i 2009 mot 30,6 per 1000 kvinner i 2008.

I 2009 ble det bevilget om lag 23,5 mill. kroner til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, hjelpetelefonene som drives av Senter for ungdom, samliv og seksualitet (SUSS) og til kompetanse- og utviklingstiltak. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av tiltakene i handlingsplanen og for hjelpetelefonene. Sex og samfunn, senter for ung seksualitet, har gjennom handlingsplanen fått 2,5 mill. kroner i tilskudd til gjennomføring av nasjonale oppgaver i 2009.

Helsedirektoratet har utarbeidet ny handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort for perioden 2010–2015. Planens hovedmål er at abortraten i aldersgruppen 15–49 år skal reduseres. Direktoratet har ansvar for å gjennomføre og følge opp planen på nasjonalt nivå, mens fylkesmennene vil ha ansvar for å stimulere kommuner, fylkeskommuner og det sivile samfunn i arbeidet med å omsette de nasjonale strategiene i det lokale folkehelsearbeidet. Strategiene omfatter lett tilgjengelig til kunnskap om seksualitet og handlingskompetanse i seksuelle situasjoner og relasjoner. Målet er at tjenester med tilbud om rådgivning og veiledning, samt tjenester med tilbud om konsultasjon for prevensjon, abort og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) og testing og behandling av SOI/klamydia skal være lett tilgjengelige. Sentralt i arbeidet står forebygging av klamydiainfeksjoner, tilgjengelighet til og bruk av kondomer. Helsestasjon for ungdom, som er en viktig aktør i arbeidet, fantes i 2009 i 72 pst. av landets kommuner. Landsdekkende informasjons- og rådgivningstiltak for ungdom videreføres.

Det har vært en økning i bruken av internetthelsestasjonen www.klara.klok.no. Det ble registrert om lag 1,5 mill. besøk på nettsiden i 2009, noe som er en økning på 36,4 pst. fra 2008.

Helsedirektoratet har foretatt en vurdering av spørsmålet om å utvide jordmødres og helsesøstres rett til å forskrive hormonelle prevensjons-

midler, jf. flertallsmerknaden i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007). Direktoratet anbefaler at rekvireringsretten utvides til alle kvinner i fertil alder. Departementet vil følge opp anbefalingene på egnet måte.

Det ble i 2007–2009 gjennomført et forsøk med gratis hormonell prevensjon til kvinner i aldersgruppen 20–24 år. Studien viser at i forsøkskommunene, hvor kvinnene fikk tilbud om gratis hormonell prevensjon, økte kontinuiteten i bruk av hormonell prevensjon og antall brukere av langtidsvirkende hormonell prevensjon signifikant. Videre ble det observert en signifikant nedgang i antall svangerskapsavbrudd i forsøkskommunene, men ikke i kontrollkommunene. Direktoratet er bedt om å gi sin vurdering og tilråding med hensyn til oppfølging av funnene.

Det foreslås at midler til forebygging av uønsket svangerskap og abort videreføres.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt opp med 0,5 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2010. Midlene skal gå til Sex og samfunn, senter for ung seksualitet.

Post 74 Stiftelsen Amatheia

I 2010 ble det bevilget om lag 15,5 mill. kroner til Amatheia. Den private stiftelsen tilbyr gratis veiledning til kvinner og par som er blitt ikke planlagt gravide. Stiftelsen søker gjennom tilbudet å bidra til å gi kvinnen et bredest mulig grunnlag for å foreta valg og å imøtekomme et behov hos særlig vanskeligstilte kvinner og par. Stiftelsen har 13 veiledningskontorer. Ved utgangen av 2009 er det 27 ansatte fordelt på 22 årsverk. I 2009 ble det gjennomført 9365 konsultasjoner med 3052 klienter, dvs. en reduksjon på 5,3 pst. konsultasjoner sammenliknet med 2008. Av klientene var 96 pst. kvinner. 308 av konsultasjonene var parsamtaler. I 2009 ble det gjennomført en brukerundersøkelse som omfattet et utvalg på 383 kvinner og menn som har møtt til samtale hos Amatheia. De fleste som svarte på undersøkelsen var i 20-årene. Av de som deltok i undersøkelsen hadde 44 pst. ikke vært i kontakt med annen helsetjeneste før de kontaktet Amatheia.

Tilskudd fra fylker/helseforetak og kommuner utgjorde om lag 3,0 mill. kroner i 2009, og private gaver utgjorde vel 0,9 mill. kroner. Det foreslås bevilget om 15,4 mill. kroner for 2011.

Kap. 763 Rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	Saldert budsjett 2010	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 71</i>		63 500	61 869
61	Kommunalt rusarbeid, <i>kan overføres</i>		323 088	407 381
71	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>		160 421	165 394
72	Kompetansesentra mv.		95 887	88 859
	Sum kap. 763		642 896	723 503

Følgende bevilgninger foreslås flyttet:

- 5,4 mill. kroner fra post. 61 til post 21
- 5 mill. kroner fra post 72 til post 21
- 5 mill. kroner fra post 72 til kap. 725, post 01
- 10 mill. kroner fra post 21 til post 61

Regjeringen har som overordnet mål for rusmiddelpolitikken å redusere de negative konsekvensene av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. Målet for den forebyggende politikken er å begrense skadelig bruk av rusmidler, utsette debutalder og fange opp utsatte grupper og enkeltpersoner på et tidlig stadium. Målet er helhetlige og tilgjengelige tjenester og inkludering i samfunnet.

Mennesker som står i fare for eller har utviklet rusmiddelavhengighet har ofte behov for sammensatte tjenester over tid. Mange har somatiske og psykiske lidelser i tillegg til rusmiddelproblemer. Det er derfor nødvendig å tilby et sammenhengende tjenestetilbud som omfatter forebyggings tiltak, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

Rusmiddelpolitikken er sektorovergripende og krever samarbeid på tvers av departements- og etatsgrenser. De mest berørte departementer i tillegg til Helse- og omsorgsdepartementet er Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Justis- og politidepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kunnskapsdepartementet, Samferdselsdepartementet, Utenriksdepartementet og Finansdepartementet.

Norge har også et bredt internasjonalt engasjement på alkohol- og narkotikaområdet. For å forebygge narkotika problemer i Norge er det viktig med et forpliktende internasjonalt samarbeid, som retter seg mot hele distribusjonskjeden fra produksjon til bruk av narkotika. På bakgrunn av

posisjonsnotatet om norsk narkotikapolitikk i internasjonale fora (2009), utarbeides det en strategi for det internasjonale narkotikaarbeidet. Strategien er planlagt ferdigstilt innen utgangen av 2010.

Regjeringen oppnevnte våren 2009 et utvalg som skulle vurdere hvordan de mest hjelpetrenende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp – Stoltenberg-utvalget. Utvalget avleverte sin rapport i juni 2010, og har anbefalt tiltak som strekker seg fra forebygging til behandling. Utvalget har bl.a. foreslått å samle et helhetlig behandlings- og oppfølgingsansvar i nye statlige Mottaks- og oppfølgingssentre (MO-sentre). Dette skal sikre rask tilgang til hjelp og samle mottak, behandling og langsiktig individuell oppfølging i ett kompetent og tverrfaglig miljø. Et knapt flertall i utvalget går inn for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Rapporten adresserer viktige og til dels krevende spørsmål. Det er viktig at både bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagfeltet og kommunene bruker anledning til å si sin mening om forslagene. Rapporten er sendt på høring.

Gjennom tilsynsrapporter, statistikk, Riksrevisjonens rapporter, evalueringer og øvrig foreliggende dokumentasjon, er behovet for en fortsatt styrking av rusfeltet vel dokumentert. Det er nødvendig med en grundig behandling av de utfordringene vi står overfor på feltet. Regjeringen vil på denne bakgrunn legge fram en Stortingsmelding om rusfeltet i 2011 og forlenge virksomhetsperioden for Opptappingsplanen for rusfeltet med to år, ut 2012.

Stortingsmeldingen vil behandle hovedutfordringer og strategier for ruspolitikken, og gi grunnlag for videre satsing. Meldingen vil omhandle viktige saksfelt, herunder forebygging og

tidlig intervensjon, behandling av rusmiddelavhengige, straffereaksjoner, aktiviseringstiltak og boligtiltak. Samhandlingsreformen vil også ha stor relevans for meldingens innhold, blant annet reformens forslag om økt satsing på kommunene og styrking av de forebyggende tjenestene.

Regjeringen foreslår å styrke Opptappingsplanen for rusfeltet med 100 mill. kroner i 2011, fordelt med 70 mill. kroner til kommunale tjenester, 20 mill. kroner til tverrfaglig spesialisert behandling, 5 mill. kroner til etablering av to nye rusmestringsenheter og 5 mill. kroner til forebyggende tiltak.

Midlene til kommunene skal bidra til oppbygging av kapasitet i tjenestetilbudet til personer med rusproblemer. Styrking av de kommunale tjenestene vil over tid bidra til å redusere behovet for langvarige og kostnadskrevede tjenester, forhindre gjentatte innleggelse i spesialisthelsetjenesten og bidra til bedre livskvalitet for den enkelte. Tilskuddet skal rettes både mot unge mennesker med rusmiddelproblemer og voksne med omfattende rusmiddelavhengighet. Innsatsen kan f.eks.

skje i form av ulike typer akutttilbud, aktivitetstilbud, herunder oppfølgingstjenester, støttekontakt/ tillitsperson, arbeidsrettede tiltak, bo-oppfølging og lokalmedisinske sentra. Store byer og randkommuner er prioritert.

Midlene til tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil bli brukt til å øke behandlingsskapasiteten for å redusere ventetidene og andel pasienter som ikke får behandling innen fastsatt behandlingsfrist, samt etablering av to nye rusmestringsenheter. Det skal også brukes 5 mill. kroner til forebyggende tiltak, bl.a. til å bedre kommunenes og fylkesmennenes forvaltning av alkoholloven og til kartlegging av rusmiddelforekomsten i samfunnet.

Regjeringens forslag for 2011 innebærer at bevilgningsnivået til rusfeltet er økt med kroner 1,02 mrd. (2011-kroner) gjennom planperioden, sammenliknet med 2005. I tillegg har en styrket økonomi i kommunene og helseforetakene lagt grunnlag for en ytterligere utbygging av tjenestetilbudet på rusfeltet.

Tabell 5.19 Opptappingsplanen for rusfeltet. Fordeling på kapittel og post (i mill. kroner). Det vises til de nevnte kapitler og poster for nærmere omtale.

Tiltak	Kap.	Post	Beløp
Rusmiddelforebygging	718	21	5
Regionale helseforetak	732	72–75	20
Rusmestringsenheter	734	72	5
Kommunalt rusarbeid	763	61	70
Sum			100

I det følgende gis det en samlet status for opptappingsplanen for rusfeltet og deretter en nærmere omtale av satsingen på kommunale helse- og omsorgstjenester. For en nærmere omtale av satsingen på det rusmiddelforebyggende arbeidet vises det til kap. 718 og for satsingen innen spesialisthelsetjenesten vises det til kap. 732. Det vises også til omtale under kap. 764, Psykisk helse og kap. 716, Statens institutt for rusmiddelforskning.

Satsingene på rusfeltet må ses i sammenheng med bl.a. innsatsen for å forebygge fattigdom, Samhandlingsreformen, Omsorgsplan 2015, innsatsen for å styrke boligtilbudet og satsingen på psykisk helse.

Status for opptappingsplan for rusfeltet

Opptappingsplanen har fem hovedmål:

- tydelig folkehelseperspektiv
- bedre kvalitet og økt kompetanse
- mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- mer forpliktende samhandling
- økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Planen omfatter til sammen 147 konkrete og til dels omfattende tiltak som adresserer utfordringene på rusfeltet. Tilnærmet alle tiltak vil være påbegynt i løpet av 2010. Helsedirektoratet følger framdriften nøye og utgir årlig rapport om status for tiltakene i planen.

Tydlig folkehelseperspektiv

Et folkehelseperspektiv i rusmiddelpolitikken er avgjørende. Omfanget av negative sosiale og helsemessige konsekvenser, herunder sykdom og ulykker, øker når forbruket av rusmidler øker. Derfor er det behov for å redusere befolkningens samlede forbruk av alkohol og å bidra til at færre bruker narkotika.

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker de største skadene, både sosialt og helsemessig. Også bruk av illegale rusmidler er forbundet med betydelig sykkelighet og høy dødelighet.

Befolkningsrettede, regulatoriske tiltak som aldersgrenser, begrensede salgs- og skjenketider, avgifter og monopolordning har en dokumentert effekt på forbruket av rusmidler. Det er en klar sammenheng mellom forbruk og skadeomfang. En restriktiv rusmiddelpolitikkløstikk med regulering av pris og tilgjengelighet som omfatter hele befolkningen skal opprettholdes. Det er anslått at det finnes mellom 66 500 og 123 000 mennesker med et risikofyllt forbruk av alkohol i Norge og antallet personer som injiserer heroin og amfetaminer er estimert til mellom 8600 og 12 600 personer (Sirus).

En bedre forvaltning av alkoholloven skal bidra til sterkere oppslutning om den helhetlige alkoholløstikken. Helsedirektoratet har utarbeidet en håndbok i alkoholloven (2008) som et ledd i å styrke kommunenes kompetanse, og har også igangsatt et pilotprosjekt for å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll av skjenkesteder med kommunal bevilning. Det skal vurderes tiltak for å effektivisere kontrollen med skjenkebevillinger, blant annet muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved overskjenking og skjenking til mindreårige. Helsedirektoratet gjennomfører også informasjonskampanjer og diverse holdningskapende arbeid.

Forslag om endring i alkohollovgivningen ble sendt på høring i høsten 2009. Det er bl.a. foreslått endring i maksimaltiden for skjenking. Saken er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet, som tar sikte på å oversende saken til Stortinget høsten 2010.

For nærmere omtale av det internasjonale arbeidet innen rusmiddelpolitikken viser det til kap. 703 Internasjonalt samarbeid.

Bedre kvalitet og økt kompetanse

Det er behov for å styrke kompetansen og kvaliteten på rusfeltet. Gjennom opptrappingsplanen for

rusfeltet skal forskning og undervisning om rusmiddelproblematikk styrkes.

Det er etablert et rusmiddelforskningsprogram (2007–2011) under Norges forskningsråd. Et forskningssenter ved Universitetet i Oslo, Senter for rus- og avhengighetsstudier (Seraf), er etablert som en del av forskningsprogrammet. Seraf skal i tillegg til å være knutepunkt for klinikknær forskning i Norge, ha en ledende nasjonal rolle som nettverksbygger for denne type forskning.

Det gis tilskudd til kompetanseutvikling for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen. Fra 2008 er ordningen med egne rusrådgivere ved alle fylkesmannsembeter etablert.

De sju regionale kompetansesentrene – rus og fylkesmennene har oppgaver knyttet til å ivareta, bygge opp og formidle rusfaglig kompetanse og sette i verk og implementere statlige satsinger på rusområdet overfor kommuner, spesialisthelsetjenesten, kriminalomsorgen og utdanningsinstitusjoner. Med bakgrunn i Samhandlingsreformen skal kommunenes rolle styrkes. Kompetansesentrene har ansvar for å bidra til dette.

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) inngår nå i Norsk pasientregister. Registeret gir sammenliknbare data om ventelister og aktivitetstall. Helsedirektoratet har satt i gang flere tiltak for å bedre informasjon om behov og ressursbruk på rusfeltet i kommunal sektor, herunder kartlegginger og surveyundersøkelser på kort sikt.

For å bidra til bedre kvalitet og kompetanse har Helsedirektoratet utarbeidet flere veiledere og retningslinjer for rusfeltet. Blant annet nasjonale retningslinjer for LAR, veileder for vurdering av henvisninger til TSB og veilederen Fra bekymring til handling.

Direktoratet har igangsatt arbeidet med utvikling av retningslinjer for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering og deres barn fram til skolealder, samt retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser, samt en veileder for forebyggende arbeid i skolen. Videre skal Helsedirektoratet utarbeide veileder i kommunalt rusarbeid og nasjonale retningslinjer for øvrige typer behandlingsmetoder innen TSB, inkludert akutt- og abstinensbehandling. Viktige aktører som de regionale kompetansesentre – rus og rusrådgiverne hos fylkesmennene vil bli trukket inn i dette arbeidet.

Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering

Opptrappingsplanen skal bidra til å styrke tilbudet til rusmiddelavhengige og understøtte regjerin-

gens arbeid med Samhandlingsreformen. Målet er at brukerne skal få tjenester preget av kvalitet, nærhet og helhet. For å skape mer tilgjengelige tjenester skal kapasiteten i kommunene og i TSB styrkes, herunder oppfølgingstjenester i bolig, aktiviserings tiltak og akutt tilbud.

Tall fra Norsk pasientregister viser at det var 14 pst. økning i antall nyhenviste til tverrfaglig spesialisert behandling i 2009 sammenliknet med 2008. Aldri tidligere har det vært gjennomført så mange polikliniske samtaler og antallet som har fått døgnbehandling har aldri vært høyere enn i 2009. Innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere har imidlertid ventetiden for rettighetspasienter økt med sju dager fra 2008 til 2009. Ventetiden for rettighetspasienter var 78 dager i 2009. Økning i antall polikliniske konsultasjoner innebærer endret utfordringsbilde for kommunene.

Tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid er styrket betydelig de siste årene, og er i 2010 på 323 mill. kroner. Formålet er å stimulere til økt innsats og mer treffsikre tilbud i kommunene. Om lag 250 kommuner mottar tilskudd i 2010.

Det gis støtte til etablering av rusakutt tiltak i tre av landets fylker. I Bergen, Oslo og Drammen vil rusakutt tiltaket innrettes mot bredden av målgruppen, mens rustiltaket ved legevakten i Oslo i tillegg etablerer et tilbud spesielt for ungdom under 23 år.

Regjeringen har styrket innsatsen overfor de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige gjennom en rekke kommunale tiltak og tiltak i frivillig regi, herunder utvide åpningstiden ved Bergen kommunes Strax-hus, Kirkens Bymisjons 24 SJU og opprettelsen av kvinneavdelingen ved Frelsesarmeens gatehospital i Oslo.

Innsatsen med tidlig intervensjon overfor personer som har høy risiko for å utvikle rusproblemer er styrket. I tillegg bevilges det om lag 160 mill. kroner til ulike ideelle virksomheter og brukerorganisasjoner til tiltak overfor rusmiddelavhengige. Alle de regionale helseforetakene har også utarbeidet egne regionale planer der de langsiktige, overordnede målene for tjenestene og organiseringen av disse, er nærmere omtalt.

Fra 2008 ble det innført en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Tall fra Norsk pasientregister viser at gjennomsnittlig ventetid for 2009 var 71 dager – en reduksjon på fire dager sammenliknet med 2008. I samme periode økte antall nyhenviste med 5 pst. I tredje tertial 2009 fikk 85 pst. av denne pasientgruppen behandling innen ventetidsgarantiens grense på 65 virkedager. Det har vært en økning i antall nyhenvisinger med om lag 5 pst. fra 2008 til 2009.

Tilbudet til innsatte og domfelte med rusmiddelavhengighet som har behov for behandling og rehabilitering er styrket. Kriminalomsorgen har utarbeidet en helhetlig russtrategi for 2008–2011. Den har som mål å sikre bedre rehabilitering og behandling av innsatte og domfelte med rusmiddelavhengighet. Det vil i løpet av 2010 være etablert i alt 11 rusmestringsenheter i norske fengsler. Dette er enheter som er etablert som et samarbeid mellom Justisdepartementet ved Kriminalomsorgen og Helse- og omsorgsdepartementet ved de regionale helseforetakene. Ved hver av disse enhetene er det forsterket bemanning fra Kriminalomsorgen og helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten. Formålet med enhetene er å forberede TSB etter løslatelse. Ved opphold ved en rusmestringsenhet skal den enkelte innsatte ha fått vurdert sin rett til nødvendig helsehjelp og på den måten sikret videre behandling for sin rusmiddelavhengighet etter løslatelse.

Videre har det vært en økning i soning etter straffegjennomføringsloven § 12. I 2009 ble det etablert et eget Stifinnern-prosjekt for kvinner ved Bredtveit kvinnefengsel. Dette videreføres i 2011. Prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll, er besluttet forlenget ut 2012 i Oslo og Bergen. Programmet er under evaluering.

Forpliktende samhandling

Personer med rusmiddelavhengighet har ofte sammensatte problemer og behov for langvarig oppfølging. Mangel på samhandling innad og mellom instanser er kanskje den største utfordringen vi står overfor. Det er særlig i overgangene fra et nivå til et annet og mellom sektorer at brudd i forløpet oppstår. Samhandling i opptrappingsplanen for rusfeltet handler både om samhandling på individnivå og på systemnivå, og samsvarer med utfordringsbildet som er beskrevet i Samhandlingsreformen.

Forsøket med koordinerende tillitsperson bidrar til at mennesker med rusmiddelavhengighet får et mer tilgjengelig, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud for å fremme økt sosial inkludering og livsmestring. Forsøket skal pågå ut 2011, og 28 kommuner deltar. Arbeidet med å dokumentere gode modeller og metoder, som kan egne seg for implementering i kommunenes rusarbeid, er påbegynt. Rusrådgiverne hos Fylkesmannen har fått et særlig ansvar for å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene. Videre er praksiskonsulentordningen for leger viktig for å styrke pasientforløpene og bedre samhandling på tvers av fag og nivåer.

Det er et mål å øke bruken av kommune-nettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner. Blant annet gjennom Flink med folk i første rekke, i regi av KS, er det startet nettverk hvor rus og psykisk helse inngår. I regi av den nasjonale strategien På vei til egen bolig (2005–2007), er det etablert 18 kommunenettverk. Alle Husbankens regionkontor har nettverk i drift og vil videreføre disse som en del av arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

Bruken av individuell plan skal økes for å bidra til mer samordnende tjenester for brukerne. Helsedirektoratet har utgitt et tipshefte som blant annet synliggjør betydningen av individuell plan for personer med rusmiddelavhengighet. Rusrådgiverne hos fylkesmennene skal også ha særlig oppmerksomhet på å bidra til at kommunene øker bruken av individuell plan.

Svært mange kommuner har nå ruspolitiske handlingsplaner.

Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og andre pårørende

Pårørende, og spesielt barn som pårørende, er en sårbar gruppe som skal fanges bedre opp gjennom opptrappingsplanen.

Endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven om oppfølging av barn som pårørende har fra 2010 styrket barnas rettsstilling og medvirker til at mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter får bedre oppfølging når foreldrene mottar helsehjelp. Helsepersonell har fått plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, og helseinstitusjoner skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barna. Helsedirektoratet har i 2009 utarbeidet et rundskriv til lovendringene om barn som pårørende og informasjonsbrosjyre for barn.

Bruker- og pårørendearbeidet ble styrket i 2010. Brukerorganisasjonene har fått midler til å utarbeide forslag til læringspakker for brukerpresentanter. Resultatene vil foreligge i 2010, og vil danne grunnlaget for noe av satsingen. Informasjon om rettigheter og oversikt over ressurser på bruker- og pårørendefeltet vil foreligge i 2010 og vil danne noe av grunnlaget for den videre satsingen.

Selvhjelp skal styrkes. Norsk Selvhjelpsforum har på oppdrag fra Helsedirektoratet kartlagt og beskrevet selvhjelpstilbudet på rusfeltet og oppsummert aktuell forskning om selvhjelp. Nyere

forskning om selvhjelpsgrupper i rusfeltet dokumenterer nytten av å delta. Det er over 400 selvhjelpsgrupper på rusfeltet. Selvhjelpstilbudet og metodene skal gjøres kjent blant brukere, i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Forventninger til kommunene

Mange mennesker med rusmiddelavhengighet har behov for en rekke kommunale tjenester. Å ha god psykisk og fysisk helse, en stabil og trygg bosituasjon, sikker inntekt, mulighet for deltakelse i arbeid, utdanning og meningsfulle aktiviteter, bidrar til å fremme mestring og sosial deltakelse for den enkelte.

Kommunalt rusarbeid omfatter forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering, behandling herunder henvisning til spesialisthelsetjenesten, og oppfølging før, under og etter behandling. Kommunalt rusarbeid utføres i flere sektorer i kommunen. Godt kommunalt rusarbeid krever derfor et sterkt fokus på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid innad i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og med frivillig sektor.

Det er et mål at aktiviteten på rusfeltet styrkes og videreutvikles. Arbeidet med å gjøre tjenestene mer helhetlige og tilgjengelige skal videreføres. Tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid skal ha fokus på kapasitetsoppbygging. Som en del av dette er videreutvikling av kvaliteten en forutsetning. De regionale kompetansesentre – rus og rusrådgiverne hos fylkesmennene skal bidra til å styrke kompetanse og kvalitet i kommunalt rusarbeid.

Kommunene må se innsatsen på rusområdet i sammenheng med kvalifiseringsprogrammet i Nav, psykisk helsearbeid, barnevernsarbeid, boligsosialt arbeid og omsorgstjenestene samt innsatsen innen folkehelse- og forebyggingsarbeid. Helsedirektoratets veileder Fra bekymring til handling, om tidlig intervensjon, bør gjøres kjent i alle deler av kommunen, blant annet i barnehager og skoler.

Helse- og omsorgsdepartementet vil styrke dialogen med kommunene gjennom KS og samarbeidet med fylkesmennene om de sammensatte utfordringene på rusområdet. Innsatsen må samordnes for at mennesker med rusmiddelavhengighet skal få et bedre tilbud i kommunene og en bedre sosial- og helsemessig situasjon.

Tilsynserfaringer

I Statens helsetilsyn sitt landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddelav-

hengige ble det i 2005 påpekt store mangler. I systemrevisjoner utført av Helsetilsynet i 2009 ble det blant annet avdekket at internkontrollforskriften i mange tilfeller ikke etterleves, med den konsekvens at brukerne ikke får vedtak på tjenester og at lovpålagte tiltak, som individuell plan ikke er iverksatt. Manglende samhandling bidrar til at brukerne ikke får et helhetlig hjelpetilbud, og verken den enkelte eller samfunnet får tilstrekkelig effekt av de ulike instansers innsats.

Evalueringer

Det er igangsatt flere evalueringer av tilskuddsordninger og tjenester på rusområdet. Resultatene er viktige bidrag i arbeidet med å videreutvikle innsatsen på rusfeltet. I arbeidet med den varslede stortingsmeldingen på rusfeltet vil de gjennomførte evalueringene være en viktig del av kunnskapsgrunnlaget. Dette gjelder:

- evaluering av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke
- evaluering av tilskudd til frivillig arbeid på rusfeltet (jf. kap. 763, post 71)
- evaluering av tilskudd til kommunale rustiltak (jf. kap. 763, post 61)
- følgeevaluering av forsøket med koordinerende tillitspersoner avsluttes i 2011
- evaluering av de regionale kompetansesentrene – rus

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 478, 16. juni 2009:

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2010 fremme forslag om en sterkere satsing på helhetlig rusbehandling og oppfølging.»

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

Departementet vil følge opp anmodningsvedtaket i arbeidet med stortingsmelding om ruspolitikken 2011 og forlenge opptrappingsplanen ut 2012. Oppfølgingen av Samhandlingsmeldingen St.meld. nr. 47 (2008–2009), vil også utgjøre en viktig del av den videre satsingen på helhetlig rusbehandling og oppfølging.

Vedtak nr. 487, 16. juni 2009:

«Stortinget ber Regjeringen arrangere en konsensuskonferanse, der representanter fra både fagmiljø og brukerorganisasjoner drøfter faglige, etiske

og prioriteringsmessige sider av forslaget om å tilby heroinassistert behandling for rusmiddelavhengige i Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:93 (2008–2009), jf. Innst. S. nr. 326 (2008–2009).

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at Stoltenberg-utvalget har utredet tiltak overfor gruppen av de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige, herunder spørsmålet om heroinassistert behandling. Utvalget la fram sin innstilling i juni 2010. Rapporten vil høsten 2010 være på en allminnelig høring til berørte instanser. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp rapporten gjennom arbeidet med stortingsmelding om ruspolitikken i 2011.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker tilskudd til kompetanse- og kvalitetsutvikling i regi av Fylkesmannen og Helse- og omsorgsdepartementet. Den skal bidra til å gi personer med rusmiddelavhengighet et bedre kommunalt tjenestetilbud. Bevilgningen ses i sammenheng med tilskudd til kommunale rustiltak (kap. 763, post 61), frivillig rusarbeid (kap. 763, post 71) og kompetansesentre mv. (kap. 763, post 72).

Det ble i bevilget 62 mill. kroner til kvalitet og kompetansetiltak over posten, samt 7 mill. kroner til tiltak over kap. 763, post 72. I 2009–2010 er følgende tiltak igangsatt eller gjennomført:

Det er etablert rusrådgivere ved alle fylkesmannsembetene. Fylkesmannen samarbeider med de regionale kompetansesentra – rus og embetenes innsats på rusområdet ses i sammenheng med psykisk helsearbeid, folkehelsearbeidet, boligsosialt arbeid, kvalifiseringsprogrammet i Nav og helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet har satt i gang flere tiltak for å skaffe bedre dokumentasjon og statistikk om tjenester til rusmiddelavhengige, jf. kapittelinnledningen på 763.

Det ble bevilget tilskudd til videre-/etterutdanning i rusproblematikk for sosial- og helsepersonell i kommunene, ansatte i kriminalomsorgen og i politiet med totalt 10 mill. kroner i 2010.

Tiltak for å styrke brukermedvirkning og pårørendeperspektivet i rusfeltet, herunder også innsats for å bidra til selvhjelp og pårørendearbeid. Helsedirektoratet skal i 2011 etablere en nettbasert pårørendeportal med informasjon om tilbud og rettigheter til pårørende og eventuelt brukere.

Kurstilbudet for leger og psykologer ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) er styrket. Det skal utarbeides et opplæringstilbud for å identifisere og behandle samtidige ruslidelser og psykiske lidelser. Videre arbeides det med å få mer kunnskap om vanedannende legemidler, forskrivning og bruk av disse.

Mangel på samhandling innad i og mellom kommuner, spesialisthelsetjenester og andre sektorer er kanskje den største utfordringen vi står overfor. Bevilgningen ble i 2010 styrket med 5 mill. kroner til samhandling. I løpet av 2010 vil direktoratet sette i gang tiltak for å utvikle og spre kompetanse på koordinerte og helhetlige tjenester til psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige. Det vil legges vekt på tverrfaglighet, samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester og andre sektorer av betydning, og brukerverkirkning. Utviklingen av individuell plan som verktøy for å oppnå helhetlige og koordinerte tjenester vil være sentralt. Herunder vil det gis støtte til Oslo kommune, til samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus om legemiddelassistert skadereduserende substitusjonsbehandling i Oslo.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås følgende endringer sammenliknet med saldert budsjett for 2010:

- Bevilgningen settes opp med 5,4 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 763, post 61, settes ned tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsutgifter knyttet til faglig oppfølging overfor kommunene, erfaringsutveksling og informasjonsvirksomhet samt oppfølging av Nordlandsprosjektet.
- Bevilgningen settes opp med 5 mill. kroner til dekning av belastningsfullmakter mot at bevilgningen over kap. 763, post 72, settes ned tilsvarende.
- Bevilgningen settes ned med 10 mill. kroner til videreutdanning innen rusarbeid for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen, mot at bevilgningen over kap. 763, post 61, settes opp tilsvarende.

Post 61 Kommunalt rusarbeid

Formålet med bevilgningen er å øke kapasiteten i det kommunale rusarbeidet, slik at mennesker med rusproblemer får et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Tilstrekkelig kapasitet i de kommunale tjenestene er nødvendig

som grunnlag for god kvalitet og kompetanse i tilbudene.

Tilskuddet skal gi en reell utvidelse av kapasiteten i det samlede kommunale rusarbeidet. Tilskuddet kan bl.a. benyttes til aktivitetstilbud, herunder støttekontakt/tillitsperson og oppfølgings-tjenester, arbeidsrettede tiltak, oppfølgingstjenester i bolig, lokalmedisinske sentra og ulike typer akuttilbud.

Målgruppen er både unge med begynnende rusmiddelproblemer og voksne og eldre med omfattende rusmiddelavhengighet. Store byer og randkommuner er prioritert.

Tilskuddene til kommunalt rusarbeid må ses i sammenheng med tiltak for å styrke kvalitets- og kompetanseutvikling. De regionale kompetansesentrene – rus har som oppgave å bidra til utvikling av de kommunale tjenestene, se kap. 763, post 72. Videre tilbyr Fylkesmannen og Helsedirektoratet kompetansetiltak innen helse og omsorg, se kap. 762, post 21, relevant er også tiltak innen psykisk helse, kap. 764, post 21.

I tillegg må tilskuddene ses i sammenheng med psykisk helsearbeid, helse- og omsorgstjenestene for øvrig og relevante områder i Nav, særlig kvalifiseringsprogrammet og boligsosialt arbeid. Helsedirektoratet samarbeider med fylkesmannsembetene om fordelingen av tilskudd.

Det stilles krav om at det skal foreligge en plan for arbeidet i tilskuddsperioden og det skal rapporteres på oppnådde resultater. Det anbefales at planen for bruk av tilskuddet integreres i kommunens helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner og ses i sammenheng med de ordinære plan-systemene i kommunen.

Tilskuddsordningen skal følgeevalueres.

Resultat 2009 og status 2010

I 2009 omfattet tilskuddet fire ulike ordninger: Om lag 130 mill. kroner til tiltak rettet mot unge i risikozonen og personer med behov for oppfølging før, under og etter opphold i institusjon eller fengsel (STYRK). Om lag 50 mill. kroner til kommunale LAR-tiltak. Om lag 55 mill. kroner til lavterskel helsetiltak, herunder 5 mill. kroner til tannhelsetiltak (LAV). Om lag 23 mill. kroner til forsøksordningen Koordinerende tillitsperson (KTP).

I 2010 ble LAR, LAV og STYRK slått sammen i en ordning. KTP opprettholdes som tidligere ut prosjektperioden, 2011. Fra 2010 er ordningen innrettet mot en gradvis oppbygging av kapasitet. Det ble søkt om langt mer enn tilskuddsrammen. Denne situasjonen viser at kommunene ser beho-

vet for å styrke tjenestene og at omleggingen av tilskuddet til kommunalt rusarbeid er vellykket.

Innholdet i de ulike tiltakene, herunder tiltak under ordningen KTP, varierer fra tidlig intervensjon til skadereduksjon, og utformes ut fra lokale behov og utfordringer. Innenfor denne bredden er det mange tiltak som er rettet mot mennesker som er i behov av sammenhengende og tilgjengelige tjenester før, under og etter behandling/rehabilitering eller opphold i institusjon/fengsel.

For 2010 er det bevilget 323 mill. kroner til tilskudd til kommunalt rusarbeid, herav 59 mill. kroner som er en styrking sammenliknet med 2009. For 2010 er det om lag 250 kommuner som er innvilget tilskudd. Medio august 2010 mottar 45 nye kommuner tilskudd fra ordningen. I 2010 er det tildelt om lag 23 mill. kroner til pilotprosjektet Koordinerende tillitsperson i 28 kommuner.

Opprettelsen av rusakutt kan utvikles i et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ordningen åpnet i 2010 for tilskudd til etablering av rusakutt i de større byene. To byer, Bergen og Drammen, er innvilget tilskuddsmidler til å starte rusakutt.

Rusakutt-tiltakene vil tilby behandling, observasjon og oppfølgingstjenester som skal ivareta pasientens behov for sammenhengende tjenester. Målgruppen for akuttjenester er mennesker med rusrelaterte problemer og behov for akutt hjelp.

Det er også bevilget midler til rusakutt for ungdom i Oslo. Målsettingen for tiltaket er tidlig intervensjon og forebygging av utvikling av rusproblemer. Tiltaket rettes mot unge mennesker under 23 år som kommer til legevakt med rusmidelforgiftning.

Stortinget har vedtatt lov om sprøyterom. Oslo kommune har videreført driften av sprøyterommet i Oslo kommune. Dette er det eneste tilbudet i landet. I 2010 ble det videreført 5 mill. kroner til lavterskel helsetiltak i Oslo, som videreføres i 2011.

Budsjettforslag 2011

Det foreslås en styrking i 2011 på 70 mill. kroner til kommunalt rusarbeid.

Merknad til budsjettforslaget

Som en del av opptrappingsplanen for rusfeltet foreslås det å styrke bevilgningen med 70 mill. kroner til kommunale tjenester.

Det foreslås følgende endringer sammenliknet med saldert budsjett for 2010:

- Som en del av opptrappingsplanen for rusfeltet styrkes bevilgningen med 70 mill. kroner til kommunale tjenester.
- Bevilgningen settes ned med 5,4 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 763, post 21, settes opp tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsutgifter knyttet til faglig oppfølging overfor kommunene, erfaringsutveksling og informasjonsvirksomhet samt oppfølging av Nordlandsprosjektet.
- Bevilgningen settes opp med 10 mill. kroner til videreutdanning innen rusarbeid for sosial- og helsepersonell og ansatte i krimomsorgen, mot at bevilgningen over kap. 763, post 21, settes ned tilsvarende.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Formålet med bevilgningen er å støtte opp om innsatsen som utføres av frivillige og ideelle virksomheter overfor rusmiddelavhengige. Bevilgningen skal brukes til oppfølging, omsorg og rehabilitering i regi av frivillige organisasjoner og private virksomheter med ideelt formål. Selvhjelps- og interessegrupper og pårørendearbeid skal også støttes. Tiltakene det gis tilskudd til skal være et supplement til det offentlige tiltaksapparatet og bidra til styrking og samordning av samfunnets samlede innsats overfor målgruppene.

Det er behov for å styrke samarbeidet mellom kommunene og de frivillige organisasjonene for å øke kvaliteten på tjenestene som tilbys. Det blir lagt vekt på at virksomheten kan dokumentere et samarbeid med kommunen, som har hovedansvaret for tjenester til personer med rusmiddelproblemer.

Bevilgningen er betydelig styrket de siste årene. Det er over posten bevilget om lag 160 mill. kroner i 2010 til over 110 tiltak. I 2009 ble det fordelt 130 mill. kroner til 90 tiltak. Virksomhetene dekker hele tiltakskjeden, men med et tyngdepunkt på rehabilitering, oppfølging/motivering og sosial deltakelse/ettervern. I tillegg gis det tilskudd til en rekke prosjekter og organisasjoner av og for brukere, blant annet flere interesseorganisasjoner.

I 2009/2010 er det er gitt tilskudd til omsorgs- og døgnbaserte tjenester, individrettet bistand, møtesteder, gatenære tiltak, kvalifiserings- og nettverksarbeid. Det gis også støtte til brukerorganisasjoner og pårørendearbeid. Tilskuddsordningen har gjennomgått en evaluering siden høsten 2008, og sluttrapport ble levert våren 2010. Evalueringen viser at tilskuddsordningen oppfyller målsettingen med ordningen. Tiltakene repre-

senterer en kapasitetsøkning, dvs. de er både et supplement og komplementære til tilbud som ytes av kommune og spesialisthelsetjenesten.

Evalueringen vil legge grunnlag for en gjennomgang av tilskuddsordningen i løpet av 2011.

I 2009 fikk Kirkens Bymisjon i Oslo i oppdrag å etablere et døgnåpent helse- og omsorgstilbud for de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige (24SJU). Det ble stilt 60 mill. kroner til rådighet over to år. Formålet er bedre helse og sosial inkludering. Innenfor samme prosjekt er det også igangsatt tiltak i Bergen. Statens institutt for rusmiddelforskning skal evaluere prosjektet innen 2011. Tilskuddet til 24SJU foreslås videreført i 2011 i påvente av evalueringen.

Gatehospitalet i regi av Frelsesarmeen tilbyr et helsetilbud til rusmiddelavhengige som har behov for behandling og omsorg, men som ikke er i behov av spesialisthelsetjenester. Gatehospitalet samarbeider med spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune. Gatehospitalet åpnet i 2009 en egen kvinneavdeling og har nå totalt 18 sengeplasser. Det ble bevilget om lag 20 mill. kroner i 2010.

På prostitusjonsfeltet er det bevilget midler til helsefremmende tiltak i regi av flere organisasjoner, blant annet Kirkens Bymisjon og Røde Kors.

Post 72 Kompetansesentra mv.

Formålet med tilskuddet er å bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet. Bevilgningen går til:

- regionale kompetansesentre – rus
- ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling
- tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel

Regionale kompetansesentre – rus

De regionale kompetansesentrene – rus har tre hovedoppgaver:

- stimulere til utvikling av forebyggende tiltak i kommunene
- kompetanseutvikling i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- utvikle nasjonale spisskompetanseområder

Sentrene skal prioritere innsats i samsvar med St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Dette innebærer en tydelig innsats for å styrke kompetansen i de kommunale tjenestene, både i forhold til forebyggende arbeid og oppfølging av personer med behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

For 2010 er det totalt bevilget 121,8 mill. kroner til sentrene, herunder 74,7 mill. over kap. 761, post 72. I tillegg bevilges midler over kap. 718, post 21, og post 63.

I 2009/2010 har sentrene hatt særlig fokus på tre innsatsområder: Bedre samordning av kommunenes rusarbeid gjennom forankring i rusmiddelpolitiske handlingsplaner, styrke kommunenes kompetanse på lokale forebyggingstiltak og øke forståelsen for muligheten av å benytte virkemidler i medhold av alkoholloven for å heve kompetansen om tidlig intervensjon. Implementering av veilederen Fra bekymring til handling, er et slikt virkemiddel.

Det er etablert et tett samarbeid mellom sentrene og fylkesmannsembetene om utvikling av felles regionale kompetanseutviklingsplaner. Videre bistår kompetansesentrene kommunene i å utvikle helhetlige rusmiddelpolitiske planer. Et stort flertall av kommunene har nå utviklet slike planer. Helsedirektoratet har i samarbeid med Sirius igangsatt en analyse om hvordan kommunene arbeider med rusmiddelpolitiske handlingsplaner og i hvilken grad de har ønsket effekt.

Hvert kompetansesenter er tildelt ansvar for ett eller to nasjonale spisskompetanseområder. Det har vært foretatt en gjennomgang av de nasjonale spisskompetanseområdene. Kompetansesenter – rus region vest Bergen er fra 2009 tildelt Foreldrerollen i rusforebyggende arbeid som nytt spisskompetanseområde. Det ble avholdt en nasjonal konferanse våren 2010 med dette tema.

I 2010 ble Helsedirektoratet tildelt tre mill. kroner til en evaluering av de regionale kompetansesentrene – rus. Evalueringen vil med utgangspunkt i Samhandlingsreformen omhandle sentrenes funksjon, oppgaver og samarbeid med andre instanser og hvordan man kan styrke sentrenes kompetanseutviklende rolle overfor tjenestene. Formålet med evalueringen er å få bedre kunnskap om ulike arbeidsmåter, ulike virkemidler i kompetanseutvikling og virkningen av ulik organisering. Evalueringen vil foreligge sommeren 2011 og resultatene vil være utgangspunkt for arbeidet videre.

Ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling

Kommunene arbeider med videreutvikling av tilbud og tjenester for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. For å styrke dette arbeidet har KS utviklet et ledelsesprogram Flink med folk i første rekke (FFFR). Det har tidligere blitt bevilget midler til programmet over opptrappingsplanen for psykisk helse og opptrappingsplanen

for rusfeltet. Det er helt sentralt å se rus- og psykisk helsefeltet i sammenheng og vurdere interkommunalt samarbeid for enkelte tjenester og videre styrke kommunens rolle for feltene. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til det siste året av ledelsesprogram FFFR og som en overgangsfase mot etablering av et nytt samhandlingsprosjekt innen psykisk helse og rus, i samarbeid med KS.

På oppdrag fra Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ble det i 2006 satt i gang et femårig forsøk med Høgskole- og universitetssosialkontor (HUSK), for å styrke kunnskapsbasert praksis og praksisbasert forskning. Arbeids- og velferdsdirektoratet samarbeider med Helsedirektoratet om gjennomføring av tiltaket. Total bevilgning for 2010 er 18,8 mill. kroner, hvorav 5 mill. kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet. Forsøket videreføres i 2011. Det vises også til omtale i Prop. 1 S (2010–2011) for Arbeidsdepartementet.

Tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel

Tilskuddsordningens formål er å styrke oppfølgingen av og tjenestetilbudet til personer som er i fengsels- og prostitusjonstiltak, herunder ofre/mulige ofre for menneskehandel. Fengsels- og prostitusjonsprosjektene mottok i 2009 et samlet tilskudd på 6,7 mill. kroner. Se også tilskudd til fengselstiltak under kap. 762, post 61.

Tilskudd til Oslo kommunes nasjonale kompetansesenter for prostitusjon, Pro-senteret foreslås videreført. Tilskuddene må ses i sammenheng med den varslede nye handlingsplanen mot menneskehandel.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt ned med 5 mill. kroner til dekning av belastningsfullmakter mot at bevilgningen over kap. 763, post 21, settes opp tilsvarende.

For øvrig foreslås bevilgningen satt ned med 5 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende.

Kap. 764 Psykisk helse

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		33 941	61 456
60	Psykisk helsearbeid, <i>kan overføres</i>		195 837	200 712
72	Utviklingstiltak, <i>kan overføres</i>		413 543	387 363
73	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>		108 255	109 511
	Sum kap. 764		751 576	759 042

Følgende bevilgninger foreslås flyttet:

- 1,1 mill. kroner fra post 73 til kap. 840, post 70
- 12,4 mill. kroner fra post 21 til kap. 1510, post 01
- 4,3 mill. kroner fra post 72 til kap. 720, post 01
- 7 mill. kroner fra post 60 til post 21
- 31,6 mill. kroner fra post 72 til post 21
- 1 mill. kroner fra post 73 til post 21

Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjons- evne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser er i første rekke en utfordring for arbeidsliv, barnehage, skole, fritidsarenaer,

idrettsmiljø mv. Tjenesteapparatet skal på sin side delta i og underbygge det forebyggende arbeidet, ved siden av tjenestens kurative- og støttefunksjoner.

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning samt henvisning til spesialisttjenesten. Her inngår også å inneha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen i kommunen og over behovet for tiltak og tjenester. Psykisk helsearbeid utføres i helse- og sosialtjenesten og andre sektorer i kommunen. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompe-

tanse om psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og et praksisfelt, og omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging, opplysningsvirksomhet og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering.

Psykisk helsevern består av sykehusfunksjoner, distriktpsikiatriske senter (DPS), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og privatpraktiserende spesialister. DPS har ansvaret for behandlingstilbudet på lokalsykehusnivå med spesialisert utredning og behandling. DPS skal tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. DPS skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, dvs. være veien inn og ut av psykisk helsevern (jf. omtale under kap. 732 og 734).

Undersøkelser tyder på at om lag en sjettedel av den voksne befolkning til enhver tid har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem. For om lag en fjerdedel av de 900 000 personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidsstyrken, er psykiske problemer en vesentlig årsak. Psykiske lidelser er anslått å koste det norske samfunnet anslagsvis 70 mrd. kroner per år i form av trygde-, behandlings- og sosialutgifter. Flere undersøkelser tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår.

Depresjon, angst og rusmiddelmisbruk antas å bli de store framtidige samfunnsmessige utfordringene. Verdens helseorganisasjon antar at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020.

WHO vedtok i 2005 den første europeiske ministererklæring (European Declaration on Mental Health) på psykisk helsefeltet. Verdigrunnlag og overordnede mål for arbeidet med psykisk helse i Norge, herunder Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008), samsvarer godt med føringene som WHO-ministererklæringen bygger på. WHO la i 2008 fram en rapport som viser at Norge har et tungt innslag av sengeplasser sammenliknet med resten av Europa. Sverige, Danmark, Finland og England har grovt regnet halvparten så mange døgnplasser som Norge.

Psykiske problemer eller lidelser kan ramme de fleste, og behovet for hjelp vil variere fra person til person. Mange arenaer i kommunen deler derfor ansvaret for å skape helsefremmende leve- og oppvekstvilkår som bidrar til en god psykisk helse i befolkningen.

Psykiske plager kan være alt fra lettere depresjoner til alvorlige psykoser. Noen ganger kan kriser som dødsfall og ulykker, eller at man er i en

vanskelig arbeids- eller familiesituasjon, gjøre at man blir syk. Mange vil få hjelp av familie eller nettverk mens en del vil ha behov for bistand fra enkelte kommunale tjenester, ofte i et begrenset tidsrom. Andre vil igjen ha behov for et mer omfattende tilbud fra psykisk helsetjeneste, omsorgs- og primærhelsetjenesten. Kommunene må derfor ha et differensiert tilbud både til voksne og barn og unge.

Tilsynserfaringer

Det ble i 2008 gjennomført et landsomfattende tilsyn med kommunale barneverns-, helse- og sosialtjenester til utsatte barn og unge. Funnene viser at det er svikt og fare for svikt når det gjelder å tilrettelegge for og å følge opp det nødvendige samarbeidet mellom aktørene. Tilsynet ble gjennomført i 114 kommuner, og i 90 av tilfellene fant tilsynsmyndigheten at forholdene ikke var i samsvar med kravene til forsvarlig samarbeid om tjenestene. I ytterligere 13 ble det pekt på forbedringsområder.

Barne- og likestillingsdepartementet nedsatte i 2008 et offentlig utvalg (Flatø-utvalget) for å se på organisering av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Utredningen NOU 2009: 22 Det du gjør, gjør det helt, inneholder en rekke forslag til tiltak for bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Viktige forslag er personlig koordinator for barn og unge som har behov for hjelp fra flere tjenester, felles institusjoner for barnevern og psykisk helsevern for barn og unge, et eget tvisteløsningsorgan og bedre samordning av lovverk. Utredningen er nå på høring. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet vil i samarbeid med aktuelle departement gå gjennom høringsuttalelsene og deretter vurdere videre oppfølging.

Rapportering for kommunal sektor

Opptappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Fra og med 2009 ble øremerkede tilskudd på om lag 3,5 mrd. kroner til drift av kommunenes psykiske helsearbeid innlemmet i kommunenes frie inntekter. I tillegg kommer kostnader til allmennelegetjeneste og økonomisk sosialhjelp. Enkelte øremerkede tilskudd, samt andre statlige stimulerings tiltak er videreført fra opptappingsplanen for psykisk helse, under post 60 og 72.

Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen i kommunenes innsats på psykisk helse etter at opptappingsplanen ble avsluttet i 2008. Rap-

porteringen om psykisk helsearbeid for perioden 2007 til 2009 bygger på et nytt rapporteringsskjema. Det er fylkesmennene som innhenter rapportene fra kommunene og Helsedirektoratet som sammenstiller og analyserer utviklingen. Det må

tas forbehold om at datakvaliteten kan være svak. Rapporteringen er til dels overlappende med Statistisk sentralbyrå sine ordinære statistikker for helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 5.20 Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid 2007–2009

Tiltak	2007	2008	2009
Årsverk totalt	12 029	12 546	12 136
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392
– bolig med fast personell	3 662	3 978	3 796
– hjemmetjenester	1	1	2 099
– behandling etc ²	3 824	4 037	1 917
– dagsenter	858	866	810
– aktivitet	217	239	318
– arbeidstiltak	509	507	453
Årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744
– helsestasjon, skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 016
– behandling, oppfølging, rehabilitering	1 604	1 467	1 432
– aktiviteter, kultur og fritidstiltak	332	345	296

¹ Hjemmetjenester er fra 2009 skilt ut som egen variabel. Må ses i sammenheng med tallene for behandling.

² Rapporteringen er overlappende med SSB's statistikk for omsorgstjenesten.

Kilde: Tallene er basert på rapporteringsrundskrivene IS-24 for de respektive år.

Tabell 5.21 Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid 2007–2009

	2007	2008	2009
Totalt antall årsverk	12 029	12 546	12 136
Andel til voksne (pst.)	75	77	77
Andel til barn og unge (pst.)	25	23	23
Andel av årsverk voksne med særskilt utdanning på psykisk helsefeltet (pst.)	34	34	36
Andel av årsverk barn og unge med særskilt utdanning på psykisk helsefeltet (pst.)	24	28	29

Rapporteringen viser at antall årsverk psykisk helsearbeid i kommunene er redusert med om lag 3 pst. fra 2008 til 2009, og at nivået i 2009 er om lag det samme som i 2007. Utviklingen for barn og unge viser om lag 6 pst. reduksjon i samme periode. Utviklingen i årsverk i den samlede helse- og omsorgstjenesten i 2009 er ifølge Statistisk sentralbyrå sine rapporter en vekst på knappe to pst, mens årsverk i helsestasjon og skolehelsetjenesten er om lag uendret i løpet av 2009.

I tillegg til rapporteringen for årsverk gjennomfører fylkesmennene en rundspørring til landets kommuner om planlagt aktivitetsnivå for psykisk helsearbeid i 2010. Rundspørringen viser at 82 pst. av kommunene vil opprettholde eller styrke tilbudet innen psykisk helsearbeid, mens 18 pst. vil redusere tilbudet i 2010. Dette er basert på en tilbakemelding fra 347 kommuner. Helsedirektoratet vurderer at situasjonen er tilnærmet den

samme som ved tilsvarende undersøkelse gjennomført i 2009.

Departementet følger utviklingen i kommune-tett og vil gjennom landets fylkesmenn under-

streke betydningen av at resultatene oppnådd gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse videreføres.

Rapportering for psykisk helsevern

Tabell 5.22 Nasjonale nøkkeltall psykisk helsevern. (Alle tall i hele tusen)

	2002	2007	2008	2009
Antall døgnopphold psykisk helsevern	41,8	51,6	52,8	54,0 ¹
Antall oppholdsdøgn psykisk helsevern	1 727	1 482	1 383	1 349
Polikliniske kons psykisk helsevern	616	988	1 099	1 140 ¹
Polikliniske tiltak psykisk helsevern barn og unge	349	717	809	843
Behandlete pasienter psykisk helsevern barn og unge	30,5	49,5	52,4	55,9
Antall årsverk psykisk helsevern	15,0	16,7	16,7	15,8 ¹
Antall årsverk psykisk helsevern barn og unge ²	2,9	3,7	3,8	3,4 ¹

¹ Brudd i tidsserie i tilknytning til overgang fra manuell til elektronisk registrering. Tallene er derfor ikke uten videre sammenliknbare med tidligere år.

Kilde: Samdata

En viktig del av aktivitetsøkningen er kommet gjennom etableringen av ambulante team innen psykisk helsevern. Årsverk og aktivitet er registrert som poliklinikk. Ambulante team gir økt tilgjengelighet og bedre oppfølging, men må antas å slå ut i redusert produktivitet, slik dette nå måles og registreres. I 2009 viste en separat undersøkelse at det var etablert 52 ambulante akutteam. I tillegg til dette er det etablert en rekke andre ambulante behandlings- og oppfølgingsteam. Andel barn og unge som får et tilbud i psykisk helsevern for barn og unge i løpet av et år, den såkalte dekningsgraden, har økt fra 2,8 i 2002 til 5,0 i 2009.

Tabellen gjenspeiler både den kraftige ressurs- og aktivitetsøkningen gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse og en ønsket gradvis omstilling fra lange døgnopphold til kortere opphold og økt vekt på poliklinikk. Økningen har vært sterkest for barn og ungdom, som forutsatt i opptrappingsplanen.

Hovedutfordringer og prioriterte områder 2010 og framover

Psykisk helse skal ha høy prioritet selv om opptrappingsplanen for psykisk helse er avsluttet. De

overordnede mål og verdigrunnlaget fra planen vil fortsatt ligge til grunn for regjeringens politikk. Tilrettelegging for selvstendighet, mestring av eget liv, tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, kvalitet, arbeidsrettede tiltak og forebyggende arbeid vil stå som sentrale elementer i videre utvikling av tilbudet.

Helse- og omsorgsdepartementet anser følgende for å være de største utfordringene i årene som kommer:

- Forebygging og økt bevissthet om den psykiske helsens betydning på alle arenaer og sektorer.
- Styrke tilbud til personer som lider av angst og depresjoner.
- En sterkere kommunal tjeneste – et tydelig kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.
- Kvalitet i tjenesten med vekt på bruker- og pårørendeperspektiv, trygghet for brukerne, tilgjengelighet og kompetanseheving.
- Sikre at verdigrunnlaget for psykisk helsefeltet preger kultur og holdninger i tjenestene.
- Styrke samhandlingen både innen helse- og omsorgstjenesten og overfor andre sektorer
- Fullføre omstillingen av psykisk helsevern med styrking av og overføring av allmennfunk-

sjoner til DPS, spissing av sykehusfunksjoner, redusert bruk av tvang og økt vekt på utadrettet arbeid, samarbeid og støtte til kommunale tjenester.

- Legge til rette for og utvikle gode og tilstrekkelige tjenester til personer med langvarige og sammensatte lidelser.

For å understøtte kommunene i deres videreføring og videreutvikling av feltet, bidrar statlige myndigheter med ulike tiltak, jf. post 21, 60 og 72, bl.a.:

- Fylkesmannens rådgivere i psykisk helsearbeid bidrar med veiledning, oppfølging og kartlegging av det kommunale tjenestetilbudet.
- Særskilt rapportering på utvikling av psykisk helsearbeid
- Videreutvikle kvalitetsindikatorer.
- Faglig veiledning og informasjon fra sentrale myndigheter.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Napha) – skal videreutvikle faglig innhold i kommunalt psykisk helsearbeid.
- Regionsentrene for barn og unges psykiske helse skal prioritere arbeid med kompetanseutvikling i kommunal sektor.
- Tverrfaglig videreutdanning for høyskoleutdannet personell i psykososialt arbeid for barn og unge og en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid

Bevilgningene til psykisk helse på Helse- og omsorgsdepartementets område videreføres på om lag samme nivå i 2011. Regjeringen foreslår en aktivitetsvekst for hele spesialisthelsetjenesten for 2011 på om lag 1,3 pst., jf. kap. 732. En slik vekst forventes å gi økt pasientbehandling i 2011 også for psykisk helsevern.

Kommunalt psykisk helsearbeid vil i hovedsak finansieres gjennom kommunes frie inntekter. Det vises her til omtale av den generelle kommuneøkonomien i 2011 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Bevilgninger til kunnskaps- og kompetansetiltak, samt utviklingstiltak i tjenestene videreføres. Ved interne omdisponeringer styrkes satsingen på lavterskeltilbud med psykologer i kommunene med 10 mill. kroner, slik at det samlet foreslås bevilget 40 mill. kroner til formålet i 2011.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 122, 9. desember 2008, jf. Budsjettinnst. S. nr. 11 (2008–2009).

«Stortinget ber Regjeringen utrede behov og forankring av et tverrfaglig psykisk helsearbeid i kommunene».

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom arbeidet med ny helse- og omsorgslov i kommunene. Høsten 2010 sendes forslag til ny lov på høring, og det tas sikte på at lovproposisjon kan fremmes for Stortinget våren 2011.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen finansierer statlige driftsutgifter for videre utvikling og satsing på psykisk helse, med følgende hovedområder:

- Oppfølging av satsinger og handlingsplaner på vold – og traumefeltet, herunder Barnehus, videreutvikling av overgrepsmottak, selvmordsforebygging og arbeidet med asylsøkeres og flyktningers psykiske helse.
- Utvikling av strategier, handlingsplaner og veiledere på spesielle områder
- Utredningstiltak på psykisk helsefeltet, samt arbeidet med tiltak som skal videreføres etter opptrappingsplanen, herunder satsning på kultur og fritidstiltak (jf. kap. 761, post 21, og kap. 763, post 61)
- Informasjons- og holdningsarbeid, statistikk og evalueringer (jf. post 72).
- Evaluering av modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten (jf. post 62).
- Evaluering av ACT modellen
- Opplæringsstiltak for ACT og samhandlingsmodeller (jf. post 62).

Bevilgningen har under opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) og i en overgangsfase på to år finansiert Fylkesmannens rådgivere i psykisk helsearbeid. Fra 2011 foreslås midlene flyttet til kap. 1510 Fylkesmannsembeta. Fylkesmannens innsats på feltet skal videreføres. Fylkesmennene skal bistå Helsedirektoratet i gjennomføringen av prioriterte nasjonale satsinger, samt bidra til at kommunenes innsats på psykisk helsefeltet opprettholdes og videreutvikles. Fylkesmennenes oppgaver på det psykisk helsefeltet er presisert og utdypet i eget tillegg til embetsmannsoppdraget for 2009, herunder betydningen av å se psykisk helse og rus i sammenheng.

Arbeidet med prioriterte satsinger, herunder økt rekruttering av psykologer i kommunene og et styrket tilbud til personer med langvarig og sammensatt behov for tjenester videreføres, jf. post 60.

Statistikkutvikling

I 2009 ble det etablert et sett med kvalitetsindikatorer for psykisk helse. Indikatorene skal benyttes til å følge med på utviklingen i de tjenestene som har blitt styrket og bygget opp gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge og måle tjenesteutviklingen innen psykisk helse. Videreutvikling av kommunenes rapportering er en prioritert oppgave. Arbeidet med å bedre datakvaliteten innen psykisk helsevern vil fortsette. Indikatorsettet innen psykisk helse, som ble opprettet i 2009, skal videreføres og løpende utvikles. Jf post 21.

Det er gjennomført regelmessige pasienttelling i psykisk helsevern. Tellingen vektlegger karakteristika ved pasientene og det tilbudet de mottar. Det ble gjennomført en pasienttelling i 2007. Departementet vil vurdere en ny telling i 2011, der også kommunehelsetjenesten trekkes inn i arbeidet.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås følgende endringer sammenliknet med saldert budsjett for 2010:

- Bevilgningen settes ned med 12, 4 mill. kroner mot at kap. 1510, post 01, settes opp tilsvarende, for i sikre videreføring.
- Bevilgningen settes opp med 7 mill. kroner mot at kap. 764, post 60, settes ned tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsutgifter knyttet til evaluering og opplæringstiltak.
- Bevilgningen settes opp med 31,6 mill. kroner mot at kap. 764, post 72, settes ned tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsutgifter knyttet til utrednings- og forskningsoppdrag samt gjennomføring av større befolkningskampanjer.
- Bevilgningen settes opp med 1 mill. kroner mot at kap. 764, post 73, settes ned tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsutgifter som er ført på tilskuddspost.

Post 60 Psykisk helsearbeid

Formål med posten er å bidra til utvikling og kvalitetsforbedring av psykisk helsearbeid i kommunene. For 2011 foreslås det bevilget midler til fem tiltaksområder:

- tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester
- rekruttering av psykologer i kommunene
- lønnstilskudd til kommuner
- storbysatsingen

- ny særreaksjon

Tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester

Formålet er å gi kvalitativt bedre tjenester for brukerne, med vekt på mer helhetlige behandlingsforløp og samtidige tjenester fra kommunen og spesialisttjenesten. Det ytes tilskudd til utvikling av organisatoriske forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommune og spesialisttjenesten innen psykisk helsefeltet, samt til videre satsing på etablering av ACT-team. Bedre samarbeid med rusfeltet og Nav er også viktige fokusområder for arbeidet.

Det er i 2009 og 2010 bevilget årlig 50 mill. kroner til tilskuddet. Det vil i løpet av 2010 være etablert 16 ACT-team og 45 samarbeidsprosjekter rundt om i landet. En nasjonal forskningsbasert evaluering av ACT-satsingen er igangsatt.

Midlene foreslås videreført i 2011 med 50 mill. kroner til ACT-team og andre samarbeidsmodeller. Det vil i det videre arbeidet bli satt fokus på formidling av gode modeller.

Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) skal legge til rette for nettverks- og kompetanseutvikling for samarbeidsprosjektene. Det er utarbeidet en ACT-håndbok som gjøres tilgjengelig for teamene. Midler til evaluering og kompetansetiltak er overført til post 21.

Rekruttering av psykologer i kommunene

Formålet er å prøve ut ulike modeller for psykologers arbeid i kommunene. Det ytes tilskudd til ansettelse av psykologer i inntil tre år. Hittil har det bl.a. blitt rekruttert psykologer i tjenester som familiesenter/ familiens hus, helsestasjon, skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, psykisk helsetjeneste for voksne eller som samlokalisering med fastlege.

Det er etablert regionale nettverk for psykologer ansatt i kommuner for å understøtte formålet om å øke rekrutteringen og å beholde rekrutterte psykologer i kommunene. Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten skal evalueres, med oppstart høsten 2010. 50 kommuner fikk støtte over denne ordningen i 2009. Mange av kommunene var medio august 2010 fortsatt i en rekrutterings- og ansettelsesprosess. Av 33 rapporter som var innkommet fra kommunene hadde 20 fått ansatt en psykolog. I 2010 ble satsingen ytterligere styrket med 10 mill. kroner, til en samlet bevilgning på 30 mill. kroner. 21 nye søknader ble

innvilget i 2010, fra 19 kommuner, en bydel og en samkommune. Midler til evaluering er overført til post 21.

Bevilgningen til formålet foreslås styrket med 10 mill. kroner innenfor postens ramme, til sammen 40 mill. kroner. Bevilgningen vil gi rom for tilskudd til om lag 110 psykologer samlet.

Lønnstilskudd til kommuner

Lønnstilskudd for personell som gjennomfører tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er et sentralt tiltak for å bidra til økt kompetanse. Evaluering viser at lønnstilskuddet har vært vellykket og i stor grad bidratt til økt kompetanse blant personalet og bedret rekruttering til arbeid med psykisk helse i kommunene. En stor andel har fortsatt i kommunen etter videreutdanningen. I 2009 ble det gitt lønnstilskudd til totalt 696 studenter, fordelt på 410 som tok barn- og ungeutdanningen og 286 som gikk på voksenutdanningen.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge ble etablert i 2007. Utdanningen er viktig både for psykisk helse- og rusarbeid. Det er fortsatt behov for å styrke kompetansen på barn og unges psykiske helse i kommunal sektor. Tilskudd til denne videreutdanningen skal prioriteres. Det vises til omtale under post 72.

Lønnstilskuddet knyttet til den tverrfaglige videreutdanning i psykisk helsearbeid har eksistert i mange år og etterspørselen er redusert. Bevilgningen til dette tiltaket foreslås redusert med 10 mill. kroner tilsvarende den økning som nå foreslås for å øke rekrutteringen av psykologer.

Storbysatsingen

Fra 2005 har det årlig blitt bevilget over 50 mill. kroner til en storbyatsing i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Målgruppen for denne ordningen er personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusproblemer, som ikke er fanget opp av hjelpeapparatet eller som ikke har fått adekvate tjenester. Det gjelder de som bor i til dels svært dårlige boliger og som ikke selv oppsøker eller oppsøkes av hjelpeapparatet.

Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) har evaluert satsingen (2009). Rapporten viste at ordningen har bidratt til å bedre tilbudet til de svakeste i byene, og kan derfor sies å være vellykket. På dette grunnlag videreføres ordnin-

gen i sin nåværende form, med støtte til konkrete storbyprosjekt som for eksempel boligtiltak og ambulante tjenester.

Storbysatsingen foreslås videreført med 59,6 mill. kroner i 2011.

Ny særreaksjon

I 2010 har rapporten Etterkontroll av reglene om strafferettslig tilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring (Mæland – rapporten) vært på høring. Justis og politidepartementet tar sikte på, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, å utarbeide en lovproposisjon med forslag til oppfølging i løpet av 2011.

Det tas sikte på å innføre en ny særreaksjon for utilregnelige lovbrøtere, som begår vedvarende og grov samfunnskadelig kriminalitet. Det vises til forslag om å bevilge 3 mill. kroner til utredning i spesialisthelsetjenesten, jf. kap. 732, post 70.

I påvente av eventuell etablering av den nye særreaksjonen foreslås det iverksatt et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kommunale instanser, politi/kriminalomsorg og Nav. Det vises til forslag om å bevilge 3 mill. kroner under kap. 734, post 21. Det foreslås bevilget 6 mill. kroner over denne posten til kommunal oppfølging i den nye ordningen.

Merknad til budsjettforslaget

- Bevilgningen foreslås satt ned med 7 mill. kroner mot at kap. 764, post 21, settes opp tilsvarende. Flyttingen gjelder driftsutgifter knyttet til evaluering og opplæringstiltak.
- Bevilgningen økes med 6 mill. kroner for å bidra til tiltak for ny særreaksjon.

Post 72 Utviklingstiltak

Formålet med bevilgningen er å styrke brukermedvirkning, bedre befolkningens kunnskap om psykisk helse, utvikle bedre tjenester for barn, unge og voksne gjennom personell- og kompetansetiltak, samt forskning og utviklingsarbeid på særskilte satsingsområder. Tiltakene skal støtte opp under en ønsket utvikling innenfor psykisk helsefeltet med tilretteleggelse for selvstendighet, mestring og det å kunne leve et mest mulig selvstendig liv i sitt nærmiljø som et sentralt mål. Kommunal sektor skal prioriteres.

Brukerstyrking

Formålet med bevilgningen er å styrke brukermedvirkning. Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser er avgjørende for den ønskede utviklingen av tjenestetilbudet. Arbeidet for å styrke og ivareta brukere og pårørende er et kontinuerlig arbeid. Det er viktig å øke brukernes kunnskap slik at de kan stille krav til tjenestene og være pådrivere i tjenesteutviklingen. Samtidig må brukerkunnskap gyldiggjøres og formidles for å bidra til reell brukermedvirkning.

Det ble i statsbudsjettet 2010 satt av 52,4 mill. kroner til drift av nasjonale og regionale sentre og tiltak knyttet til bruker- og pårørendearbeid, inklusiv Mental Helse Hjelpetelefonen. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og de regionale brukerstyrte sentrene har sammen med brukerorganisasjonene vært sentrale aktører i arbeidet med brukerstyrking.

Plan for brukermedvirkning relatert til barn og unges psykiske helse ferdigstilles av Helsedirektoratet i 2010. Etablerte tiltak på brukerfeltet foreslås videreført. Tilskuddsordningen for bruker- og pårørendeorganisasjonene innen psykisk helse er gjennomgått og resultatene blir fulgt opp gjennom revidering av regelverket for tilskuddsordningen. Nytt regelverk for tilskuddsordningen er gjeldende fra 2010.

Det foreslås bevilget 41,5 mill. kroner til bruker- og pårørendearbeid i 2011.

Mental Helse Hjelpetelefonen

Mental Helse Hjelpetelefonen er et landsdekkende og døgnåpent lavterskeltilbud. Det overordnede oppdraget til Hjelpetelefonen er å være en tilgjengelig tjeneste for mennesker som opplever at dialog med et medmenneske bidrar til mestring av egen livssituasjon.

I 2009 besvarte Hjelpetelefonen 58 617 anrop. Nettjenesten Sidetmedord.no har hatt en markert økning i nye brukere, og besvarte 5706 meldinger i 2009. Mental Helse Hjelpetelefonen fikk i desember 2009 tildelt et internasjonalt EØS-tilpasset gratisnummer 116 123. Dette nummeret tildeles hjelpetelefoner i hele Europa. Så langt tyder erfaringene på at flere mennesker har tatt i bruk Mental Helse Hjelpetelefonen. Det foreslås å bevilge 14,5 mill. kroner til drift av telefonen i 2011.

Selvhjelp

Selvhjelpsmetodikk er et viktig supplement for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse. Arbeidet med Nasjonal plan for selvhjelp skal bidra til at tidligere erfaringer fra selvhjelpsrelatert arbeid og prosjekter tas i bruk og utvikles videre, og at selvhjelpsarbeidet i eksisterende nettverk styrkes. Målet er å gjøre selvorganisert selvhjelp som metode tilgjengelig for flere og å fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp. Feltet er i utvikling og metodikken er stadig mer etterspurt både i offentlig og privat sektor, i organisasjoner osv. Knutepunktet Selvhjelp Norge og tilskuddsordningen for forskning på selvhjelp er to viktige pilarer i arbeidet med å videreutvikle dette feltet.

Det ble bevilget 12,4 mill. kroner til satsingen på selvhjelp i 2010. Det er etablert fire distriktskontorer for selvorganisert selvhjelp. Distriktskontorenes oppgaver er blant annet å være en pådriver for utvikling av selvhjelpsarbeidet i samarbeid med lokale aktører, være en faglig ressurs i sitt dekningsområde, drive lokal igangsettertrening og samarbeide med lokale møteplasser etter hvert som disse etableres. Det foreslås å bevilge 13 mill. kroner til formålet i 2011.

Informasjon og holdninger

Arbeidet med å øke kunnskap og åpenhet om psykiske lidelser ble videreført etter opptrappingsplanens utløp i 2008. Det overordnede målet for befolkningskampanjene Et åpent sinn, var også i 2009 å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter. Helsedirektoratet gjennomførte i 2009 én kampanje rettet mot ungdom (15–25 år) og én mot voksne – spisset mot menn i alderen 25–55 år. Målinger før og etter kampanjene viste blant annet at flere har blitt mer oppmerksomme på egen og venners psykiske helse. Hele 90 pst. av ungdomsmålgruppen oppga at de hadde fått med seg kampanjen. Magasinet Psykisk og Psykisk nyhetsbrev er viktige informasjonstiltak rettet mot tjenesteapparatet, og en gjennomført leserundersøkelse viser at begge publikasjonene blir godt mottatt. Internett er en viktig informasjonskanal. Helsedirektoratets informasjonssider for både tjenesten og for befolkningen generelt er av direktoratets best besøkte sider.

Verdensdagen for psykisk helse utgjorde også i fjor et svært viktig bidrag i arbeidet med å øke åpenheten om psykisk helse og psykiske proble-

mer i samfunnet. I 2009 hadde verdensdagen 625 markeringer med livets overgangsfaser som tema.

Midler til driftutgifter er flyttet til post 21. Innenfor rammen av bevilgningen settes det av 3 mill. kroner til arbeid med kultur- og holdningsendringer i tjenesteapparatet.

Stimuleringstiltak for psykologer og psykiatere

De regionale utdanningsprogrammene for økt rekruttering av psykiatere blir ivaretatt innenfor rammen av de regionale helseforetakenes ansvar. Økt rekruttering av legespesialister til psykisk helsevern er en prioritert oppgave i de årlige oppdragsdokument til de regionale helseforetakene.

Prosjekt Dobbelkompetanse i psykologi er et nasjonalt rekrutteringsprogram som ble etablert for å bedre tilgangen på kompetente søkere til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helsevesenet som krever eller har behov for dokumentert forskerkompetanse (avlagt doktorgrad) og spesialistkompetanse (godkjent spesialist i klinisk psykologi, Norsk Psykologforening (NPF)). Prosjektet er et samarbeid mellom universitetene, helseforetak og NPF etter oppdrag fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. De først kandidatene startet i 2004. De siste vil etter planen slutte i 2013. Det er totalt 28 kandidater i prosjektet fordelt på de fire universitetene.

Prosjekt Dobbelkompetanse i psykologi har utarbeidet en egenevalueringsrapport. Konklusjonene i egenevalueringen er at prosjektet ser ut til å oppfylle målsettingene. I tillegg pågår en følgeevaluering.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

I tråd med regjeringens mål om å styrke det psykiske helsetilbudet til barn og unge, tilbys nå tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge ved 14 høyskoler/ universiteter. Det legges opp til fortsatt fokus på rus og tidlig intervensjon til risikoutsatte barn og unge, tverrfaglig samarbeid og en tett kontakt og samhandling mellom høyskolene og tjenestene som arbeider med barn og unge. Det foreslås å bevilge 25 mill. kroner til dette formålet i 2011. Det vises også til omtale av lønnstilskudd under post 60.

Institutter, foreninger, kompetansetiltak og ledelsesprogram for kommuner

En rekke foreninger og institutter mottok støtte til sin virksomhet i 2009. Flere av disse er godkjent

som vesentlige deler av leger og psykologers spesialistutdanning i psykiatri og klinisk psykologi. I 2009 deltok om lag 3300 psykologer på etter- og videre utdannings kurs i regi av Norsk psykologforening. Andre institutter tilbyr tverrfaglige videre- og etterutdanninger rettet både mot høyskole- og universitetsutdannet personell. Videre- og etterutdanningene inkluderer ulike metoder som i dag benyttes innen psykisk helsevern. I 2008 deltok om lag 1800 kandidater på ulike etter- og videreutdanningskurs som hadde en varighet på ett år eller mer.

Det vil bli igangsatt en gjennomgang av de private instituttene og foreningenes rolle i videre- og etterutdanningstilbudet, herunder kvalitet og innhold i instituttene utdanningstilbud.

Kommunene arbeider med videreutvikling av tilbud og tjenester for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. For å styrke dette arbeidet har KS utviklet et ledelsesprogram Flink med folk i første rekke (FFFR). Det har tidligere blitt bevilget midler til programmet over opptrappingsplanen for psykisk helse og opptrappingsplanen for rusfeltet. Det er helt sentralt å se rus- og psykisk helsefeltet i sammenheng og vurdere interkommunalt samarbeid for enkelte tjenester og videre styrke kommunens rolle for feltene. Det foreslås å bevilge 3 mill. kroner til det siste året av ledelsesprogram FFFR og som en overgangsfase mot etablering av et nytt samhandlingsprosjekt innen psykisk helse og rus i samarbeid med KS.

Det er utarbeidet retningslinjer for utredning og behandling av personer med en samtidig rusavhengighet og en psykisk lidelse. Det er et betydelig behov for å styrke kompetansen i kommunene for å få etablert en helhetlig behandlings- og oppfølgingstjeneste til gruppen.

Kommunalt arbeid for barn og unges psykiske helse

Innsatsen for barn og unges psykiske helse omfatter flere sektorer. Det videre arbeidet vil bygge på utredningen NOU 2009: 22 Det du gjør, gjør det helt, som nå er på høring, erfaringene med Psykisk helse i skolen og Manifest mot mobbing. Arbeidet med kommunalt arbeid for barn og unges psykiske helse skal bygge på intensjonene i St.meld. nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen, med fokus på det kommunale ansvaret og forebygging.

Psykisk helse i skolen er en nasjonal forebyggende satsing som drives av fem organisasjoner og består av seks ulike opplæringsprogrammer for elever, lærere, administrasjon og helsepersonell. Alle fylker vil være dekket innen utgangen av

2010. Manifest mot mobbing er en kunnskapsbasert tiltakspakke som forplikter departementene, KS, Utdanningsforbundet, Fagforbundet, Skolenes landsforbund og Foreldreutvalget for grunnopplæringen til å arbeide for at alle barn og unge har et godt og inkluderende oppvekst- og læringsmiljø.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Regionsentrene skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskaplig og praksisnær tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, samt bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig. Regionsentrene står for en betydelig utdannings- og forskningsaktivitet som er av avgjørende betydning for den videre utviklingen av psykisk helsetilbudet til barn og unge.

Regionsentrene rapporterer om økt deltakelse fra ansatte i kommunene i de ulike utdanningstilbudene. Økningen er størst til etterutdanninger, hvor i underkant av 9000 deltok i 2009. Av deltakerne kommer 76 pst. fra kommunale tjenester. Ved videreutdanningstilbudene var det i underkant av 1700 deltakere hvorav 73 pst. var ansatte fra spesialisttjenesten. Regionsentrene deltar på arenaer for utvikling, dialog og samarbeid med ulike fagmiljøer for barn og unge. Sentrene har i tråd med gitte føringer hatt økt oppmerksomhet på de kommunale tjenestene, og dette må prioriteres videre i 2011. RBUP ene har gjennom veiledning og undervisning understøttet og bistått kommunene i utvikling av kommunalt psykisk helsearbeid, herunder videreutvikling av familiesenter og familiens hus modellen. Utvikling av kompetanse på brukermedvirkning har vært og skal i 2011 være et prioritert område.

Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet samarbeider om sammenslåing av Regionsentre for barn og unges psykisk helse og Barnevernets utviklingssentre. Bakgrunnen for sammenslåingen er å styrke den tverrfaglige kompetansen i tjenestene, samt bedre det tverrsektorielle samarbeidet. Målsettingen er å etablere et felles regionalt forsknings-, kompetanse og utviklingssenter som kan ivareta problemstillinger knyttet til barn og unges utvikling og deres tjenestebehov i den enkelte region. I 2010 pågår arbeidet med sammenslåing både i region nord og region vest. Departementene vil fortsette arbeidet med sammenslåing i 2011 og tar sikte på å gi de nye sentrene felles oppdragsbrev i 2011.

Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Napha) startet opp høsten 2008. Prioriterte oppgaver for senteret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid, samarbeid med relevante fag- og kompetansemiljøer, og vurdering av behov for kompetansehevede tiltak. I 2010 har senteret særlig arbeidet med etablering av kommunale kompetansenettverk i et nært samarbeid med fylkesmennene og en nettbasert kunnskapsbase for psykisk helsearbeid, opplæringstilbud i etablering, ledelse og arbeid i ACT-team samt nettverk for disse. Senteret har videre hatt oppdrag i forbindelse med opplegg for evaluering av økt rekruttering av psykologer til kommunene, opplegg for kartlegging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, veiledningsmaterieell til kommunene mv. I 2010 skal senteret utarbeide en forskningsstrategi. Senteret skal i 2011 legge fram en strategi for det videre arbeidet overfor kommunene. Det foreslås bevilget 19,2 mill. kroner til senteret i 2011.

Arbeid og arbeidsrettede tiltak

Regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007 – 2012) skal bidra til å hindre utstøting fra og lette inkluderingen i arbeidslivet for personer med psykiske problemer, herunder de som i tillegg har rusmiddelproblemer. Virkemidlene i strategien skal supplere eksisterende tjenester og tiltak, og ses i sammenheng bl.a. med avtalen om Inkluderende Arbeidsliv.

Strategien viderefører og styrker den arbeidsrettede innsatsen i opptrappingsplanen for psykisk helse. Den forutsetter bl.a. godt samarbeid mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenesten, den enkelte bruker, og med arbeidsgivere og brukerorganisasjoner. Strategiplanen favner vidt og har i hovedsak fokus på (videre)utvikling av arbeidsmetoder, tjenester og tiltak, inkl. nybrottsarbeid. Nærmere 250 mill. kroner ble stilt til rådighet i 2009 til oppfølging av strategiplanen, hvorav 218 mill. kroner over Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett.

Noen sentrale tiltak i strategiplanen er tettere oppfølging av den enkelte; det er ansatt veilednings- og oppfølgingsloser på flere større Navkontor med fokus på metodeutvikling, samarbeid og avklaring av grenseflater mot samarbeidende instanser. Det pågår metodeutvikling og effektforskning på jobbmestrende oppfølging, både for

personer med psykoselidelser og for personer med lettere psykiske lidelser. I tillegg er flere evalueringer igangsatt. Brukermedvirkning og samarbeid mellom Nav og helsetjenesten er styrket, likeledes kompetansetiltak lokalt. Kurs for personer som ønsker å bli erfaringskonsulent/ medarbeider med brukererfaring er startet i Buskerud, i tillegg til Bergen. Samarbeidet med partene i arbeidslivet er styrket, kurspakker for arbeidslivet er utarbeidet og implementeringen startet i 12 fylker (om lag 300 arbeidsgivere har deltatt). Det er utarbeidet en felles kommunikasjonsstrategi mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Som en del av denne fikk Rådet for psykisk helse tilskudd til gjennomføring av Gjestebud for arbeidslivsaktører i alle fylker, i samarbeid med Nav. Studier med støtte er spredd til sju fylker. Det er fordelt midler til lavterskel arbeidsrettede brukertiltak i kommunene, inkl. Fontenehus. Evaluering og finansiering av fontenehusmodellen skal utredes nærmere. Det vises til omtale av strategien under Arbeidsdepartementets kap. 634 Arbeidsmarkedstiltak.

Merknad til budsjettforslaget

- Bevilgningen er satt ned med 31,6 mill. kroner til drift av tiltak, mot at kap. 764, post 21, settes opp tilsvarende.
- Bevilgningen foreslås satt ned med 4,3 mill. kroner til Samdata, mot at kap. 720, post 01, settes opp tilsvarende.

Post 73 Vold og traumatisk stress

Formålet med posten er å øke kunnskapsgrunnlaget og styrke kompetanse for å bedre tjenestene til volds- og traumerammede som for eksempel traumatiserte flyktninger, personer som har vært utsatt for seksuelle og fysiske overgrep og mennesker som har vært utsatt for /vitne til vold i nære relasjoner. Posten omfatter også midler til forskning og kompetanseutvikling om voldsutøvere og overgripere og til styrking av selvmordsforebyggende arbeid.

Nasjonal forskning og kompetanseutvikling

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. Målsettingen for senteret er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på vold- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Senteret driver

omfattende tverrfaglig forsknings- og utviklingsarbeid, og er aktiv i å formidle de norske erfaringene i internasjonale fora.

Regional kompetanse på vold- og traumefeltet

I perioden 2006 – 2008 ble det etablert fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Fire av sentrene er forankret i helseforetakene, mens det sist etablerte senteret er forankret i Barne- ungdoms- og familieetaten region Sør (RVTS Sør). Mål for sentrene er å bidra til bedre og mer helhetlige tjenester gjennom å arbeide for økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionen. Sentrene skal bistå det utøvende tjenesteapparatet (barnevern, helsetjenester, familievern, politi etc.) med informasjon, veiledning og kompetansebygging. De skal bidra til å etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen. Ressursentrene har også oppgaver knyttet mot handlingsplanen Vold i nære relasjoner (2008–2011) Vendepunkt, jf. omtale nedenfor, Handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008–2011) jf. kap. 762 og Handlingsplan mot tvangsekteskap (2008–2011). Sentrenes organisatoriske forankring evalueres i 2010.

Kunnskaps- og kompetanseutvikling i tjenesteapparatet for bedre behandling og oppfølging av flyktninger/ asylsøkere og andre traumatiserte fortsetter. Asylsøkere og flyktninger er omtalt under kap. 762 Primærhelsetjenester.

Sentrene har i 2010 ferdigstilt en opplæringspakke om migrasjonshelse og risikovurderinger for ansatte på asylmottak. Pakken er utarbeidet i samarbeid mellom RVTS Midt-Norge og Brøset kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Implementeringen vil skje i alle regioner i 2011.

Det systematiske arbeidet med implementering av sinnemestringsprogrammet i tjenesteapparatet i de ulike regionene skal fortsette. Arbeidet med å styrke hjelpeapparatets evne til å møte mennesker med traumatiske opplevelser knyttet til religiøse miljøer og avhopperproblematikk ble igangsatt i 2009 og vil bli evaluert i 2011. Evalueringen danner grunnlaget for det videre arbeidet.

RVTS-ene deltok i 2010 i samarbeid med kompetansenettverk for satsing rettet mot barn av foreldre med psykiske vansker/rusavhengighet. Sentrene vil i 2011 delta i implementering av opplæringsprogram for tidlig identifisering og intervensjon ved psykiske vansker, rusavhengighet eller vold i nære relasjoner i kommunene.

Særskilte tiltak og målgrupper

Handlingsplan Vold i nære relasjoner (2008–2011)
Vendepunkt

Handlingsplanen har som mål å bidra til at politiet, utdanningsinstitusjoner og hjelpeapparatet blir bedre skolert, mer samordnet og dyktigere til å avdekke, forebygge og ivareta de sammensatte problemstillingene vold i nære relasjoner reiser. Handlingsplanen koordineres av Justis- og politidepartementet.

Nasjonalt kunnskapscenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) skal gjennom flere tiltak bidra til at behandlingstilbudet til voldsutøvere styrkes og at det blir økt samarbeidskompetanse og kunnskap om vold i nære relasjoner i hjelpeapparatet. Det er utarbeidet en veileder/mal for kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. De regionale ressursentrene (RVTS) har et særlig ansvar for kunnskapsformidling til tjenesteapparatet, herunder veiledning av kommunene i utarbeidelsen av handlingsplaner. Det vil i 2011 være en prioritert oppgave for sentrene å stimulere flere kommuner til å lage en handlingsplan.

I løpet av planperioden skal det gjennomføres en evaluering av overgrepsmottakene. Overgrepsmottakene er lavterskeltilbud forankret i kommunale/interkommunale legevakter. Mottakene er for personer utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Se omtale av mottakene under kap. 762.

Barnehusene

Barnehusene skal gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at blant annet dommeravhør, medisinsk undersøkelse og behandlingstilbud tilbys samlet. Barnehusene skal bidra til å styrke samarbeidet mellom de involverte faginstansene og dermed sikre best mulig ivaretagelse av barnet og behandling av saken. Den nærmere utforming og organisering av barnehusene utarbeides regionalt/lokalt i samarbeid med berørte instanser. RVTS har et særlig ansvar for bygge opp kompetanse på området og formidle kunnskap til tjenesteapparatet.

De første barnehusene ble etablert i Bergen og Hamar i 2007. I 2008 åpnet Barnehuset Kristiansand og i løpet av 2009 er barnehusene i Trondheim, Tromsø og Oslo blitt åpnet. I 2010 er det syvende barnehus etablert i Stavanger. Arbeidet med barnehusene er et tverrdepartementalt samarbeid. Justisdepartementet leder arbeidet. Evaluering av Barnehusene er igangsatt.

Selvmondsforebygging

Det registreres årlig om lag 550 selvmord i Norge. I tillegg kommer et ukjent antall selvmordsforsøk. Selvmordsraten har holdt seg relativt stabil de senere årene. Det overordnede målet for arbeidet er å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk, og å bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd.

Strategien Satsingsområder og tiltak innen selvmordsforebygging 2009–2012 danner grunnlaget for det nasjonale selvmordsforebyggende arbeidet i perioden og vektlegger tiltak for å bedre nasjonal statistikk, identifisering og vurdering av tiltak mot spesielle risikogrupper, intervensjonstiltak med effektvurdering og hjelp til etterlatte etter selvmord.

Helsedirektoratet ga i 2008 ut Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. For kommunal sektor er det særlig viktig å styrke den generelle kunnskapen og kompetansen hos ansatte i kommunen, som fastlege, psykologer, lærere, ansatte ved helsestasjons-, skolehelse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet vil i samarbeid med Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging og i samarbeid med andre relevante aktører utarbeide veiledende materiell om selvmordsforebygging til kommunale tjenester og veileder for etterlatte etter selvmord.

Helsetjenester til FN- og NATO-veteraner

Det sivile helsevesenet har det lovpålagte ansvaret for å yte helsetjenester til veteranene på lik linje med befolkningen ellers. Dette er en særskilt utfordring når det gjelder psykiske lidelser etter utenlandsoperasjoner. Regjeringen har i St.meld. nr. 34 (2008–2009) Fra vernepliktig til veteran – om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner, redegjort for tiltak overfor denne gruppen. Forsvaret har et særskilt ansvar for å gi veteraner psykologisk og psykiatrisk oppfølging i ett år etter hjemkomst. Ved behov ut over dette overtar det sivile helsevesenet ansvaret. Veteraner som har behov for psykologisk eller psykiatrisk oppfølging skal få et helsetilbud som er samordnet mellom det sivile helsevesenet og Forsvaret. Som del av dette har Forsvarets sanitet og RVTS Øst utarbeidet en opplæringspakke for leger og psykologer. Formålet er å sikre at denne gruppen tilbys adekvat helsehjelp både i de kommunale og de spesialiserte helsetjenestene. Opplæringspakken vil bli implementert i 2011.

Minoritetshelse

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (Nakmi) skal drive kunnskapsformidling, forsknings- og utviklingsarbeid og informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn. Målet for arbeidet er likeverdige helsetjenester for hele befolkningen. Nakmi skal bidra til økt kunnskap om minoritetshelse og utvikling av helsetilbudet til minoritetsgrupper med flyktning- og innvandrerbakgrunn gjennom å skaffe, samordne og formidle tverrfaglig kunnskap og kompetanse og legge til rette for utveksling av kunnskap og erfaring. Nakmi har som primær målgruppe helsepersonell og andre som arbeider med minoritetshelse. Nakmi bidrar bl.a. i arbeid mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

Psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer

Alle kommuner skal ha en beredskapsplan knyttet til helsemessig og sosial beredskap, jf. Lov om helsemessig og sosial beredskap. Det er viktig at det utarbeides helhetlige beredskaps- og krisepl-

ner som ivaretar samhandlingen mellom aktørene internt i kommunene, med helseforetakene og mellom de ulike forvaltningsnivåene på fylkeskommunalt og nasjonalt nivå. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer skal ferdigstilles i 2010 og har som formål å bidra til utøvelse av god praksis med hensyn til psykososial håndtering av krisesituasjoner. I tillegg til å være faglig veileder for ledere og innsatspersonell, er veilederen også ment å være et hjelpemiddel for kommunene ved utarbeidelse av plan for psykososial beredskap og psykososiale tiltak i krise- og ulykkessituasjoner. Se også kap. 702 Beredskap om støttegruppeberedskap.

Merknad til budsjettforslaget

- Bevilgningen foreslås satt ned med 1,1 mill. kroner, mot at bevilgningen over Barne-, likestillings- og integreringsdepartementets kap. 840, post 73, settes opp tilsvarende, for å dekke tilskudd til Alternativ til vold.
- Bevilgningen foreslås satt ned med 1 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 761, post 21, settes opp tilsvarende for driftsutgifter.

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	budsjett 2010	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>		29 837	28 762
70	Utredningsvirksomhet mv., <i>kan nyttes under post 21</i>		4 200	4 330
	Sum kap. 769		34 037	33 092

Følgende bevilgninger foreslås flyttet:

- 2 mill. kroner fra post 21 til kap. 761, post 21.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker bl.a. utgifter til utredningsvirksomhet, informasjonsvirksomhet, utvalgsarbeider, ekspertgrupper, mv. knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. For å få et klarere skille mellom de midlene som går til tilskudd og de som går til dekning av spesielle driftsutgifter, er midlene fordelt mellom post 21 og post 70 Tilskudd. Det er gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 21.

Avtalen med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Avtalen mellom regjeringen og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble inngått i september 2006 og er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Avtalen gikk opprinnelig ut september 2010, men blir videreført ut 2010.

Tiltakene i avtalen knytter seg til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse, samt styring, planlegging og kvalitets-sikring. Kommunenes arbeid med rus og psykisk

helse inngår også i avtalen. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen.

Målsettingene i avtalen er i 2009 og 2010 blant annet blitt fulgt opp gjennom ledelsessatsingen Flink med folk i første rekke, rekrutteringssatsingen Aksjon helsefagarbeider, satsingen på etisk kompetanseheving i samarbeid med yrkesorganisasjonene og en opplæringspakke innenfor ledelse. Lokal normering av legetjenesten i sykehjem, satsing på elektronisk samhandling i kommunene, effektivitetsnettverk og videreutvikling av kvalitetsindikatorer er også en del av avtalen. For 2010 ble det bevilget 5 mill. kroner til tiltak i avtalen, herunder prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving.

Etikkprosjektet

Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving skal bidra til å styrke den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 122 kommuner er med i prosjektet. Erfaringene viser at kommunene har etablert ulike møteplasser for systematisk etisk refleksjon, og forankret etikk-satsningen i kommunens administrative ledelse. Det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid. Prosjektet videreføres i 2010–2015 slik at alle kommuner over tid skal få mulighet til å styrke den etiske kompetanse blant ansatte i tjenestene.

Senter for medisinsk etikk

For å sikre en helhetlig koordinering og fagutvikling ble Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo i 2010 tildelt 2. mill. kroner for å bidra i utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Midlene nyttes til veiledning og undervisning av kommuner som driver systematisk etikkarbeid, tilbud om kompetanseutvikling og bistand til pågående prosjekter. Senteret har utført en kartlegging av etiske problemstillinger i kommunehelsetjenesten, og en omfattende litteraturstudie av publisert materiale fra andre land vedrørende forekomst av etiske problemer og systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. Senteret har også bidratt med undervisning og veiledning overfor kommuner som er med i Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving.

Den kulturelle spaserstokken

Målet med tilskuddsordningen for Den kulturelle spaserstokken er å sørge for profesjonell kunst-

og kunstformidling av høy kvalitet til omsorgstjenestens brukere. Tilskuddet skal legge til rette for økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren, slik at det utvikles gode kunst- og kulturprosjekter lokalt innenfor et mangfold av sjangrer og uttrykk. Det er sentralt for ordningen å bidra til at omsorgstjenestens brukere får et tilpasset kulturtilbud på arenaer der de befinner seg. For å styrke satsingen på kulturtilbud til denne gruppen ble bevilgningen til ordningen økt til 28 mill. kroner i 2010. Bevilgningen er delt med 14 mill. kroner på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 14 mill. kroner på Kulturdepartementets budsjett. Det vises for øvrig til rapportering under kap. 761, og omtale i Kulturdepartementets budsjettproposisjon for 2011.

Landsdekkende kontakttelefon for eldre utsatt for vold

Formålet er å gi et landsdekkende tilbud for støtte, informasjon, råd og veiledning til voldsutsatte eldre (over 62 år), til pårørende og til ansatte i offentlig hjelpeapparat; og dessuten bidra til at problemområdet vold mot eldre synliggjøres. Det dreier seg om fysisk, psykisk, strukturell og økonomisk vold.

Prosjektet startet i desember 2008. Vern for eldre i Oslo kommune har fått ansvar for å drive kontakttelefonen, og har lagt vekt på arbeidet med å gjøre tilbudet kjent i hele landet. Det kom 290 henvendelser i 2009. Det er flere private enn offentlige meldere, de fleste overgrepene er psykiske og de fleste ofrene er kvinner. Det er spesielt lagt vekt på å gjøre tilbudet kjent for det offentlige hjelpeapparat. Henvendelsene er ujevnt fordelt over landet. Det er flest henvendelser fra Oslo og omegn, noe som kan ha sammenheng med at Oslo kommune har hatt en slik kontakttelefon i over ti år.

Statistikken viser at tilbudet ikke er godt nok kjent i hele landet. 2010 vil være det andre hele året med tilbudet, og det vil derfor bli viktig å sammenligne resultatene med fjoråret. Prosjektet avsluttes i 2011.

Tjenester til personer med demens

De viktigste grepene i en langsiktig kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende vil være investering i kompetanse, forskning og utvikling, tilrettelegging av bolig- og bygningsmasse og utbygging av dagtilbud. For å sikre et godt kunnskapsgrunnlag for videre dimensjonering og ressursutnyttelse er

det behov for nærmere analyser av tilbudenes kostnader og effekter. Det er blant annet behov for å utarbeide et makroøkonomisk anslag over hva demens medfører av samfunnskostnader.

Hjemmetjenesten og dens nye brukere

For å møte framtidens helse- og omsorgsutfordringer, sikre bedre koordinerte tjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdomsutvikling, er det behov for langsiktig planlegging og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene generelt og innenfor hjemmetjenesten spesielt. Kommunene må utvikle omsorgsplaner som del av sitt helhetlige kommunale planverk. Rapporten Framtidens omsorgsbilder – slik det ser ut på tegnebrettet, utført av Senter for omsorgsforskning, avd. Høgskolen i Telemark, peker på mangler ved kommunens planlegging av omsorgstjenestene. Helsetilsynet har gjennom sine årlige tilsynsmeldinger og periodevise publikasjoner vist til stadige avvik innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Området omsorgsplanlegging er i dag ikke tilstrekkelig vektlagt. Det er behov for å utvikle og benytte verktøy for planlegging av helse- og omsorgstjenester i et langsiktig perspektiv.

Tjenester til personer med nevrologiske lidelser

Personer med nevrologiske lidelser er en av de store nye brukergruppene i den kommunale omsorgstjenesten under 67 år. Det er behov for å synliggjøre og løfte fram denne brukergruppen i omsorgstjenesten, blant annet ved å utvikle nye arbeidsformer og tiltak som møter disse brukergruppens behov. Det ble i 2010 bevilget 2 mill. kroner til utredningsarbeider til Nevroplan 2015 i 2010. For å styrke det helhetlige modellutviklingsarbeidet i Nevroplan 2015 foreslås det å flytte 2 mill. kroner fra kap. 769, post 21, til kap. 761, post 21.

Innovasjon og omsorg (Hagen-utvalget)

Regjeringen har oppnevnt et utvalg som skal finne nye løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer, med spesiell vekt på utvikling av arkitektur, ny teknologi og nye eier- og driftsformer. Utvalget skal gi en vurdering av mulighetene for produktutvikling, næringsutvikling og eksport som følge av et samarbeid mellom næringsliv og offentlig sektor på omsorgsfeltet. Smarthusløsninger og ny omsorgsteknologi gir brukerne nye

muligheter til å mestre egen hverdag og kan bidra til å fremme selvstendighet og uavhengighet. Telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi gir helse- og omsorgstjenestene mulighet til å forbedre, forenkle og effektivisere virksomheten.

Utvalget skal vurdere de etiske sidene ved de forslag de legger fram og de konsekvenser utvalgets forslag vil ha for den enkeltes personvern, spesielt knyttet til bruk av ny teknologi for varsling og overvåkning. De kommunale omsorgstjenestene utgjør en virksomhet med brutto driftsutgifter på om lag 75 mrd. kroner. Halvparten brukes på tjenestetilbudet til 40 000 beboere i sykehjem og den andre halvparten til 160 000 hjemmetjenestemottakere. Til tross for sin størrelse har denne sektoren i svært liten grad vært gjenstand for systematisk forsknings- og utviklingsarbeid. Det er derfor mye å hente på å gi omsorgssektoren oppmerksomhet også knyttet til innovasjon.

Omsorg og samhandling

Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. For å planlegge og legge til rette for en langsiktig kvalitets-, kompetanse- og kapasitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det behov for et sterkere forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. Det foreslås på denne bakgrunn å gjennomføre kunnskapsoppsummeringer og utredninger for å få mer kunnskap om utvikling av oppgaver og virksomhetstyper, framtidig kompetansebehov og hensiktsmessig og effektiv organisering og ressursfordeling.

Forslag 2011

Det foreslås at bevilgningen går til følgende formål i 2011:

- avtalen med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving, Etikkprosjektet.
- tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.
- satsing på kulturtiltak i omsorgssektoren: Den kulturelle spaserstokken.
- kontakttelefon for eldre utsatt for vold.
- tjenester til personer med demens.
- hjemmetjenesten og dens nye brukere.
- utvalg om innovasjon og omsorg.
- omsorg og samhandling.
- forsknings- og utviklingsprosjekter.

- diverse tilskudd til enkelttiltak innen helse- og omsorgstjenester.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt ned med 2 mill. kroner til Nevroplan, mot at bevilgningen over kap. 761, post 21, settes opp tilsvarende.

Post 70 Utredningsvirksomhet mv.

For bruk av midler på denne bevilgningen vises det til nærmere omtale under post 21.

Programkategori 10.70 Tannhelsetjeneste

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
770	Tannhelsetjenester		70 486	100 140	42,1
	Sum kategori 10.70		70 486	100 140	42,1

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
01-23	Statens egne driftsutgifter		9 804	11 895	21,3
70-89	Andre overføringer		60 682	88 245	45,4
	Sum kategori 10.70		70 486	100 140	42,1

Programkategorien omhandler statlige tilskudd og virksomhet som retter seg mot hele tannhelsetjenesten.

Brukere av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter Lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Om lag tre fjerdedeler av tannlegeårsverkene i 2009 ble utført i privat sektor. Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av Lov om tannhelsetjenesten og av Lov om folketrygd og forskrift til denne.

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er videre pålagt et samordningsan-

svar for den offentlige (fylkeskommunale) tannhelsetjenesten og privat sektor. Fylkeskommunen skal ved sin offentlige tannhelsetjeneste organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Videre skal den gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til definerte grupper etter lovens § 1-3. Gruppene er barn og ungdom 0–18 år, psykisk utviklingshemmede, eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret samt andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. I tillegg skal fylkeskommunene som følge av Stortingets budsjettbevilgning tilby gratis tannhelsehjelp til rusmiddelmisbrukere og til innsatte i fengsel. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan også yte tjenester til den øvrige befolkningen etter egne vedtak og priser. Tjenesten deltar aktivt i fylkeskommunens generelle rolle i folkehelsearbeidet som støttespiller og som samarbeidspart med kommunene.

Tabell 5.23 Brukere av fylkeskommunale tannhelsetjenester

	2006	2009
Antall personer i prioriterte grupper undersøkt og behandlet	784 665	809 764
Antall undersøkt og behandlet av øvrig befolkning (voksne som selv betaler kostnadene)	163 766	173 558

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i munnhulen, og som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, kan få stønad til tannbehandling etter folketrygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med trygdefinan-

siering blir utført i privat sektor. Det vises til omtale av stønad ved behandling hos tannlege under kap. 2711, post 72, i programområde 30, Stønad ved helsetjenester.

Personell

Tabell 5.24 Utførte årsverk¹ i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2006	2009
Tannlegespesialister	267	368
Allmenntannleger	3 454	3 366
Tannpleiere	600	648
Samlet	4 321	4 382

¹ Utførte årsverk er avtalte årsverk eksklusiv lange legemeldte fravær i løpet av det aktuelle året. Legemeldt langtidsfravær er hentet fra Nav. Utførte årsverk er ikke justert for korte egenmeldte fravær og overtidarbeid.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.24 viser at det samlede antall tannlegeårsverk er gått opp med 13 årsverk fra 2006 til 2009, en oppgang på 0,35 pst. I samme periode har antall tannpleierårsverk økt med 48, mens befolkningsveksten har vært om lag 180 000. Årsaken til

den store økningen i antall tannleger med spesialistutdanning (og tilsvarende nedgang i antall allmennpraktikere), er at tre fagområder med tidligere videreutdanninger ble formelt godkjent som spesialiteter fra 2007.

Tabell 5.25 Forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere

	2006	2009
Forholdstall tannlege/tannpleier samlet	5,76	5,19
Forholdstall tannlege/tannpleier i fylkeskommunen	2,89	2,73
Forholdstall tannlege/tannpleier i privat sektor	9,48	8,42

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.25 viser at i fylkeskommunal sektor var det i 2006 bortimot tre tannlegeårsverk per tannpleierårsverk (forholdstall på 2,89). I privat sektor var det samme år over ni tannlegeårsverk per tannpleierårsverk (forholdstall på 9,48). Forholdet mellom tannlegeårsverk og tannpleierårsverk har i perioden fra 2006 til 2009 gått ned. Den største

nedgangen er i privat sektor. Dette muliggjør at tannpleiere i denne sektoren i større grad enn tidligere kan overta oppgaver som tradisjonelt har vært utført av tannleger. Dette er en utvikling i tråd med regjeringens politikk på området, jf. St.meld. nr. 35 (2006–2007) om framtidens tannhelsetjenester.

Finansiering

Målt i brutto driftsutgifter brukte fylkeskommunene til sammen i overkant av 2,6 mrd. kroner på tannhelsetjenester i 2009. Dette omfatter også drift av regionale odontologiske kompetansesentre, og er om lag 140 mill. kroner mer enn i 2008, det vil si en økning på 5,6 pst. Fra folketrygden ble det etter kapittel 5 i folketrygdloven utbetalt 1 284 mill. kroner i stønad til tannbehandling i 2009. Det vises til nærmere omtale under programområde 30, Stønad ved helsetjenester.

Oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007)

St.meld. nr. 35 (2006–2007) ble behandlet av Stortinget i mars 2008, jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008). En samlet komite ga i hovedsak bred tilslutning til innholdet i meldingen. I forbindelse med behandlingen av meldingen ba Stortinget om at Regjeringen skulle legge til rette for at tortur- og overgrepsofre via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling (vedtak nr. 392, 7. mars 2008). Stortinget ba også Regjeringen evaluere ordningen med særskilte tiltak rettet mot tannbehandling til rusmiddelavhengige for å se om ordningen fungerer som ønsket (vedtak nr. 393, 7. mars 2008).

I Innst. S. nr. 155 (2007–2008) og i Innst. 212 S (2009–2010) om samhandlingsreformen, etterlyste helse- og omsorgskomiteen en bedre organisering og samhandling på tannhelsefeltet. Det ble særlig pekt på manglende kommunikasjon mellom fylkeskommune og spesialisthelsetjeneste. Dette er en av problemstillingene som vurderes i arbeidet med forslag til revisjon av lov om tannhelsetjenesten.

Regjeringen fortsetter oppfølgingen av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester. Meldingen skisserer fire hovedinnsatsområder: Geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester, utjevning av sosial ulikhet i tannhelse, kompetanse og kvalitet, og forbrukerrettigheter og prispolitikk.

Det foreslås å prioritere tilgjengelighet til tannhelsetjenester og det påbegynte kompetanseløftet i tannhelsesektoren. Kompetansen foreslås hevet ved å øke antall tannleger med spesialistutdanning og dobbeltkompetanse (forsker og spesialist), prøve ut en mulig ny spesialitet i klinisk odontologi, oppbygging av regionale odontologiske kompetansesentre i tannhelsetjenesten og tilrettelegging for klinisk praksis i den fylkeskom-

munale tannhelsetjenesten i utdanningsløp for tannpleiere. Videre foreslås det å bygge opp tannlege-/psykologteam for utredning og aktuell behandling av tortur- og voldsutsatte og for pasienter med odontofobi (angst for tannbehandling). Tiltak innenfor hovedområdene forbrukerrettigheter og prispolitikk har stor betydning for befolkningen. Derfor foreslås det å etablere en elektronisk prisopplysningstjeneste for tannbehandling.

Mange tiltak er iverksatt etter at St.meld. nr. 35 (2006–2007) ble lagt fram. Som eksempler kan nevnes at regelverket for folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling er forenklet samt at flere av utredningene som var foreslått i meldingen er gjennomført. Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige er ytterligere utvidet gjennom økt rammetilskudd til fylkeskommunene. I samarbeid med Kunnskapsdepartementet er det etablert en utdanning som kombinerer forskerutdanning og spesialistutdanning i et mer effektivt løp (dobbeltkompetanse), og utdanningskapasiteten for tannpleiere er økt gjennom etablering av ny utdanning ved Høgskolen i Hedmark. Det er etablert tre regionale odontologiske kompetansesentre for tannhelsetjenesten i regi av fylkeskommunene i Nord-, Midt-, og Sør-Norge. Tilsvarende kompetansesentre i Vest- og Øst-Norge er under etablering. Det er fastsatt kvalitetsindikatorer for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Nasjonale retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger odontologiske biomaterialer er utgitt av Helsedirektoratet.

Anmodningsvedtak:

Vedtak nr. 70, 8. desember 2009

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres gode rutiner ved den offentlige tannhelsetjenesten slik at mistanke om omsorgssvikt rapporteres til rette myndighet.»

Vedtaket ble truffet under Stortingets behandling av Prop. 1 S (2009–2010) ombevilgninger på statsbudsjettet for 2010, jf. Innst. 11 S (2009–2010).

Helse og omsorgsdepartementet har i 2010 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til at det etableres gode rutiner i den offentlige tannhelsetjenesten slik at mistanke om omsorgssvikt rapporteres til rette myndighet. Rapportering på status for oppfølgingen av oppdraget vil bli gitt i Helsedirektoratets årsmelding for 2010.

Vedtak nr. 392, 7. mars 2008

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at tortur- og overgrepsofre via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) om framtidas tannhelsetjenester, jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008).

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en rapport med forslag til vilkår for og kostnadsanalyse for tilrettelagte tannhelsetilbud for personer som har blitt utsatt for tortur, overgrep eller som har odontofobi. Rapporten gir langt på vei en god beskrivelse av omfang, tannhelseproblemer hos de angjeldende personer, og organisatoriske og kompetansemessige forutsetninger for utredning og behandling mv. Departementet foreslår å bygge opp tannlege-/psykologteam for utredning og aktuell behandling av tortur- og voldsutsatte og pasienter med odontofobi, jf. forslag under kap. 770.

Vedtak nr. 393, 7. mars 2008

«Stortinget ber Regjeringen om å evaluere ordningen med særskilte tiltak rettet mot tannbehandling til rusmiddelavhengige for å se om ordningen fungerer som ønsket.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) om framtidas tannhelsetjenester, jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008).

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus) kartlagt fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige. En rapport om kartleggingen forelå i 2010. Rapporten viser at fylkeskommunene i stor grad har fulgt opp de føringer som fulgte med de økte bevilgningene til formålet. Ordningen ser ut til langt på vei å fungere som ønsket, men det er grupper av rusmiddelavhengige som faller utenom tilbudene slik de er avgrenset i dag. Budsjettbevilgningen omfatter bl.a. ikke rusmiddelavhengige personer som har vedtak etter andre bestemmelser enn § 4-2 bokstav a-d i sosialtjenesteloven, personer i medikamentfri poliklinisk behandling og tidligere rusmiddelmissbrukere som ikke mottar hjelp fra kommunen, men som har stort behov for tannbehandling.

Kartleggingen gir mye informasjon, men ikke utfyllende kunnskap om det innholdsmessige i tannhelsetilbudet og om administrative og økonomiske konsekvenser for fylkeskommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere lovregulering av ordningen og eventuell endring av ordningen i forbindelse med forslag til revisjon av lov om tannhelsetjenesten. Dette lovarbeidet er startet i departementet.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>		9 804	11 895
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>		60 682	88 245
	Sum kap. 770		70 486	100 140

Den samlede rammen på kap. 770 foreslås økt med 29 mill. kroner ut over årlig prisjustering, kap. 2711, post 72 reduseres tilsvarende. Se nærmere omtale under programområde 30.

Målet med bevilgningen er å sikre tilgjengeligheten til tannhelsetjenester, videreføre det påbegynte kompetanseløftet i tannhelsesektoren og stimulere til økt forskning og kunnskapsoppbygging på tannhelsefeltet med siktemål å utjevne sosiale forskjeller i tannhelse.

Styrkingen foreslås fordelt på følgende tiltak:

- 6 mill. kroner til effektivisert utdanningsløp for tannleger med dobbeltkompetanse (forsker og spesialist)
- 2,5 mill. kroner til oppbygging av tannlege-/psykologteam for utredning og eventuelt behandling av tortur- og overgrepsofre og pasienter med odontofobi
- 4 mill. kroner til utprøving av eventuell ny spesialitet i klinisk odontologi ved Universitetet i Tromsø
- 2 mill. kroner til elektronisk prisopplysnings-tjeneste for tannhelsetjenester

- 4 mill. kroner til videre oppbygging av regionale odontologiske kompetansesentre
- 4 mill. kroner til økt finansiering av spesialistutdanning av tannleger
- 1,5 mill. kroner til klinisk praksis i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ved utdanning av tannpleiere
- 5 mill. kroner til økt husleie mv. til NIOM as som følge av innflytting i nye lokaler

Tilgang på og geografisk fordeling av tannhelsepersonell

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til tilstrekkelig kapasitet, bedre kvalitet og høy kompetanse i tannhelsetjenesten. Tiltak som sikrer tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester i hele landet gis høy prioritet. Dette inkluderer spesialistutdanning av tannleger, etablering av regionale odontologiske kompetansesentre og praksisplasser i tannhelsetjenesten for nyetablerte tannpleierutdanninger.

Midler er benyttet til å videreføre kvalifiseringsprogram for tannleger som er bosatt i Norge og har utdanning fra land utenfor EØS-området, og til rekruttering av tannlegevikarer til distrikter med spesielle bemanningsproblemer. Det er gitt tilskudd til universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø til delfinansiering av spesialistutdanning av til sammen om lag 70 tannleger. Tilskuddet dekker ikke lønn til kandidatene. Det er også gitt tilskudd til desentralisert spesialistutdanning av tannleger. Departementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal utrede kostnader og finansiering av spesialistutdanning av tannleger. Planlegging av utprøving av en eventuell ny breddespesialitet i klinisk odontologi i regi av Universitetet i Tromsø er ferdigstilt.

Tilskuddene skal også bidra til å øke tilgangen på tannleger med både spesialistkompetanse og doktorgrad (dobbelkompetanse) til de odontologiske lærestedene og til regionale odontologiske kompetansesentre. Det er i 2010 etablert et parallelt forkortet løp for dobbelutdanning og til sammen 10 tannleger ansettes i utdanningsstillinger i et slik utdanningsløp høsten 2010 ved universitetene i Bergen, Oslo og Tromsø. Midlene dekker om lag halvparten av utgiftene til drift av utdanningen, lønn til tannlegene under dobbelutdanningen og drift av en nasjonal koordineringskomite. Kunnskapsdepartementet dekker de øvrige kostnader gjennom rammeoverføringen til universitetene. Det tas sikte på å ta opp ytterligere 10 tannleger til slik utdanning i 2011. Se også Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon under kap. 281, post 01.

Etableringen av regionale odontologiske kompetansesentra skal sikre befolkningen tilgang til spesialisttannlegetjenester i alle regioner. I regi av kompetansesentrene skal tannleger også få mulighet til å gjennomføre desentralisert spesialistutdanning. De regionale kompetansesentrene skal bidra til generell kompetanseheving, forskning og fagutvikling i tannhelsetjenesten. Status i 2009 er at fylkeskommuner i alle helseregioner har inngått avtale med staten ved Helse- og omsorgsdepartementet om etablering og drift av kompetansesentre. Flere fylkeskommuner har valgt å organisere drift av sentrene gjennom interfylkeskommunale foretak. De fem regionale odontologiske kompetansesentrene er ikke kommet like langt i etableringen, og vil være i en oppbyggings- og utviklingsfase i flere år før de kan anses å være i full drift. Dette skyldes i stor grad tilgangen på tannlegespesialister. Tre kompetansesentre er imidlertid i ferd med å komme over i en driftsfase.

Kunnskapsdepartementet har lagt til rette for å opprette flere utdanningsplasser for tannpleiere i 2009. Høgskolen i Hedmark har etablert tannpleierutdanning fra høsten 2009 basert på 15 nye opptaksplasser, og andre høgskoler planlegger oppstart av slik utdanning.

Det foreslås å:

- øke tilskuddene til spesialistutdanning av tannleger med 4 mill. kroner i 2011.
- bevilge om lag 4 mill. kroner til oppstart av utprøving av mulig ny tannlegespesialitet i klinisk odontologi i 2011.
- øke tilskuddene til effektivisert utdanningsløp for tannleger med dobbeltkompetanse (forsker og spesialist) med 6 mill. kroner i 2011.
- øke tilskudd til etablering og drift av kompetansesentrene med 4 mill. kroner i 2011. Tilskuddet vil blant annet gå til forskning og fagutvikling og desentralisert spesialistutdanning.
- bevilge 1,5 mill. kroner til klinisk praksis i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for tannpleierstudenter.

Tannbehandlingsmaterialer

Formålet er å heve kvaliteten i tannhelsetjenesten gjennom å øke kunnskapen om odontologiske biomaterialer, og om bivirkningsproblematikk knyttet til slike materialer.

Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer (NIOM) ble 1. januar 2010 omgjort til et norsk statsaksjeselskap under UniRand AS ved Universitetet i Oslo, basert på en samarbeidsavtale mellom Nordisk Ministerråd, Helse- og omsorgsdepartementet og UniRand AS. Finansieringen av driften

skal fortsette etter samme hovedmønster som hittil. Det er inngått en 3-årig kontrakt om økonomisk tilskudd til driften fra Nordisk Ministerråd, som finansierer 55–60 pst. av driften. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjekapitalen. Helse- og omsorgsdepartementet skal videreføre finansieringen av NIOMs deltagelse i internasjonalt standardiseringsarbeid og i finansieringen av nordisk produktdatabase mv.

Arbeidet ved NIOM bidrar til bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer. Ved Stortingets behandling av revidert budsjett for 2010 (Innst. 350 S (2009–2010)) ble det bevilget midler til flytting av NIOM til nye lokaler i nærheten til Universitetet i Oslo. Nærheten til Universitetet i Oslo skal også bidra til økt samarbeid med relevante forskningsmiljøer ved Universitetet i Oslo.

Videre er det gitt midler til drift og aktivitet ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG) ved Universitetet i Bergen/Uni Research. Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en skisse til et samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av amalgam. Pasientorganisasjoner har deltatt i planprosessen. Prosjektet innebærer at tannleger, fastleger og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om utprøvende behandling ved mistanke om bivirkninger etter tannbehandling. Målet er bedre helse og livskvalitet til personer med mistanke om helseproblemer knyttet til bruk av amalgam. Det skisserte prosjektet vil også undersøke effekten av forskjellige behandlinger ved mistanke om helseplager på grunn av tannbehandlingsmaterialer. I internasjonal sammenheng er dette et unikt prosjekt, som vil strekke seg over sju-åtte år. Helsedirektoratet fortsetter detaljplanlegging i henhold til hovedpunktene i skissen til samarbeidsprosjektet. Det tas sikte på at prosjektet kan starte med pasientbehandling i løpet av 2011.

Det foreslås å øke midlene til drift av NIOM med 5 mill. kroner i 2011 til deknningen av økt husleie som følge av flyttingen.

Andre tilskudd

Formålet er å målrette tannhelsetjenestene til dem som trenger det mest og sikre gjennomføring av lovpålagte oppgaver innenfor tannhelsetjenesten. Videre er formålet å fremme utviklingsarbeid gjennom forskning og fagutvikling i tannhelsetjenesten. Forbrukerrettigheter og prispolitikk vil også ha høy prioritet.

Det ble i 2002–2003 gjennomført en forsøksordning med utvidelse av det fylkeskommunale

tannhelsetilbudet (Futt) til nye grupper av befolkningen. Som følge av erfaringene med prosjektet, ble tilbudet til personer i rusmiddelomsorgen gjort landsomfattende fra 2006. Tilskuddene til videreføring av de resterende gruppene i Futt-prosjektet er gradvis blitt trappet ned fra 2009.

Det er gitt tilskudd til å etablere et nettverk av folkehelsemedarbeidere i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og til andre aktiviteter innen helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, jf. bl.a. Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet som trådte i kraft 1. januar 2010. Videre er det gitt tilskudd til enkelte utviklingstiltak i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, til undervisningsmaterieell om munnstell for opplæring av ansatte i sykehjem og hjemmesykepleie, og til materieell for tannhelseveiledning av småbarnsforeldre. Helsedirektoratet arbeider med en veileder for god klinisk praksis.

I regi av Nordisk Ministerråd er de nordiske land i gang med et arbeid med felles nordiske kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenester. Norge har som første land i Norden publisert elleve kvalitetsindikatorer for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, hvorav fem er tatt i bruk. Arbeidet med å ta i bruk flere kvalitetsindikatorer fortsetter i 2011.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har fått midler til å prøve ut en mulighet for sentral registrering av tannhelsedata for voksenbefolkningen.

Det vises til omtale av Stortingets anmodningsvedtak nr. 392, 7. mars 2008 under programkategori 10.70 Tannhelsetjeneste. Det foreslås å bevilge midler til oppbygging av tannlege-/psykologteam for utredning og eventuelt behandling av tortur- og voldsutsatte og pasienter med odontofobi.

Det er gitt tilskudd til Elin-T, som er et samarbeidsprosjekt mellom Den norske tannlegeforening, Kommunenes sentralforbund, Akershus fylkeskommune på vegne av fylkestannlegene, Innovasjon Norge og Helsedirektoratet. Målet er å sikre IKT-utviklingen i tannhelsetjenesten slik at pasienter, tannhelsepersonell, samarbeidspartnere og andre skal oppleve tannhelsetjenesten som en moderne, helhetlig tjeneste med høy kvalitet, effektivitet og god evne til samarbeid. Informasjonsutveksling skal skje gjennom sikre elektroniske løsninger.

I 2010 startet forberedelsene av etablering av en elektronisk prisopplysningstjeneste for tannhelsetjenester. Det foreslås at det bevilges midler til å videreføre dette arbeidet i 2011 med sikte på oppstart av en slik tjeneste.

Det er i 2010 gitt tilskudd til en studie om behov for tannhelsetjenester til innlagte i sykehus ved Akershus Universitetssykehus HF.

Det foreslås:

- 2,5 mill. kroner til oppbygging av tannlege-/psykologteam for utredning og eventuelt behandling av tortur- og voldsutsatte og pasienter med odontofobi.
- 2 mill. kroner til elektronisk prisopplysnings-tjeneste for tannbehandling

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
780	Forskning		250 294	262 898	5,0
781	Forsøk og utvikling mv.		99 319	126 460	27,3
782	Helseregistre		48 000	49 141	2,4
783	Personell		167 826	177 148	5,6
	Sum kategori 10.80		565 439	615 647	8,9

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
01-23	Statens egne driftsutgifter		77 338	112 457	45,4
50-59	Overføringer til andre statsregnskap		250 294	262 898	5,0
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen		143 037	122 728	-14,2
70-89	Andre overføringer		94 770	117 564	24,1
	Sum kategori 10.80		565 439	615 647	8,9

Helse- og omsorgssektoren er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av arbeidskraften. Tilstrekkelige helsepersonellressurser med riktig kompetanse og relevant forskning er avgjørende for å kunne yte gode helsetjenester til befolkningen. En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er derfor viktig for å legge til rette for en kunnskapsbasert, framtidrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Gjennom forskning, innovasjon og utvikling av ny teknologi og kompetanse legger vi grunnlaget for utvikling av forebyggende tiltak og tjenester som kan møte framtidens utfordringer, bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene og dermed bidra til økt helse og velferd og mer kostnads-effektiv helse- og omsorgstjeneste. Forskning

danner utgangspunktet for en kunnskapsbasert profesjonsutdanning og praksis. Kunnskap gir også et bedre grunnlag for god forvaltning og en bedre politikktutforming i sektoren.

Framtidens helse- og omsorgstjeneste er avhengig av et sterkere fokus på kompetanseutvikling og bedre utnyttelse av sektorens kompetanse. Utdanning og kompetanseutvikling blir svært viktig for å nå samhandlingsreformens målsettinger. Det er spesielt viktig å sikre en utvikling på personell- og utdanningsområdet som samsvarer med samhandlingsreformens mål. Utdanningsinstitusjonene og helse- og omsorgstjenesten er viktige i utdanningen av helsepersonell. Praksisdelen av undervisningen foregår i helse- og omsorgstjenesten, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

ten. Kompetanse opparbeides gjennom det formelle utdanningssystemet og videreutvikles i arbeidslivet og gjennom forskningen. Samhandlingsreformen stiller nye krav til helsepersonellens kompetanse, noe som vil kunne kreve endring av innholdet i utdanningene. Vi er avhengig av god kvalitet og kapasitet på profesjonsutdanningen og en forskningsbasert utdanning. Helsetjenesten har viktige roller inn mot det formelle utdanningssystemet både som praksisarena og som framtidig arbeidsgiver eller avtalepart. Ivaretagelse av utdanningsoppgavene er derfor en av fire lovfestede oppgaver for spesialisthelsetjenesten. Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell.

Forskning innenfor helse og helsetjenester er et av regjeringens prioriterte tematiske områder, jf. St.meld. nr. 30 (2008–2009) Vilje til forskning (Forskningsmeldingen). Helse og omsorg er også løftet fram som et prioritert tema i St.meld. nr. 7 (2008–2009) Et kunnskapsbasert og bærekraftig Norge (Innovasjonsmeldingen). Departementet samarbeider særlig med Kunnskapsdepartementet, Nærings- og handelsdepartementet og helse- og omsorgstjenesten i oppfølgingen av meldingene. Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi og Nasjonal helseplan legger sammen med relevante stortingsmeldinger et strategisk grunnlag for departementets arbeid med forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgssektoren.

Gjennom samhandlingsreformen er det lagt til rette for en ytterligere styrking av forskning og kompetanseutvikling i kommunesektoren. I 2010 ble innsatsen til samhandlingsforskning styrket, denne innsatsen foreslås videreført i 2011. Det skal det etableres ny kunnskap om hvordan faglige, organisatoriske, kulturelle, økonomiske og teknologiske forhold i tjenestene bidrar til å skape barrierer eller kan understøtte samhandlingsreformens mål.

Vi må sikre at vi utnytter og bygger videre på våre nasjonale fortrinn, eksempelvis gjennom våre nasjonale helse- og kvalitetsregistre, biobanker og de store befolkningsundersøkelsene. God organisering og bedre tilgang på data samt sikker datahåndtering vil være viktige tiltak for å styrke forskning og kunnskapsutvikling basert på helseregistre og biobanker. Det er foreslått en langsiktig nasjonal strategi og en toårig handlingsplan for videreutvikling av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og de sentrale helseregistrene, jf. omtale under kap. 782 Helseregistre.

Formidling av forskningsresultater er viktig for at ny kunnskap skal implementeres i sektoren. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og nasjonale kompetansesentre er tillagt et særskilt ansvar for formidling av ny kunnskap i sektoren. Gjennom systematiske kunnskapsoppsommeringer bidrar Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten til å legge grunnlag for riktige prioriteringer i helsetjenesten og synliggjøre områder der det er behov for mer forskning.

Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
50	Norges forskningsråd mv.		250 294	262 898
	Sum kap. 780		250 294	262 898

Forskning, utvikling og innovasjon har en sentral plass i regjeringens arbeid for utvikling av kvalitet og kostnadseffektivitet i helse- og omsorgssektoren. Sektoransvaret innebærer blant annet et overordnet ansvar for forskning og utvikling av langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging innenfor sektoren. Det er et nasjonalt mål å øke forskningsaktiviteten, og samtidig sikre høy kvalitet og relevans på forskningen slik at tilgjengelig forskningsressurser utnyttes til beste for pasienten.

Departementet finansierer forskning om, for og i helse- og omsorgssektoren gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater og de regionale helseforetakene. For forskning i helseforetakene vises det til omtale under kap. 732. Forsknings- og utviklingsarbeid er en integrert del av arbeidsoppgavene til Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern og Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus), jf. kap. 710, kap. 715 og kap. 716.

Gjennom Helsedirektoratet finansieres oppdragsforskning og driftsstøtte til enkelte forskningsmiljøer, som eksempelvis de allmennmedisinske forskningsenhetene, jf. kap. 762, post 70.

For 2011 foreslås at medisinsk-, helse- og sosialfaglig forskning styrkes med 10 mill. kroner til forskning på effekter av ulike samhandlingstiltak over kap. 780, post 50, Norges forskningsråd. I tillegg foreslås at det avsettes 5 mill. kroner til forskning om barn som pårørende i 2011 fra kap. 781, post 79, til Norges forskningsråd.

Direktefinansiert forskning og driftstilskudd

Direktefinansiert forskning initieres hovedsakelig av departementet for å evaluere og skaffe ny kunnskap til utvikling av innsatsområder. I tillegg gis tilskudd til forskningsmiljøer slik at forskning og forskningskompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes. De viktigste tiltakene spesifiseres på utgiftskapitler og poster under. For nærmere omtale av tiltakene vises det til disse.

- Kap. 719, Folkehelse, post 79, Andre tilskudd.
- Kap. 725, Nasjonalt kunnskapssenter for helse- tjenesten, post 01, Driftsutgifter.
- Kap. 732, Kreftregistret, Tilskudd til basisfinansiering av kreftrelatert forskning.
- Kap. 732, Regionale helseforetak.
- Kap. 761, Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet, postene 21, 60 og 67
- Kap. 762, Primærhelsetjenesten, postene 21 og 70, Forsøk og utvikling.
- Kap. 764, Statlige stimuleringsstiltak for psykisk helse, postene 70 og 73.
- Kap. 770, Tannhelsetjenesten, postene 21 og 70.
- Kap. 781, Forsøk og utvikling mv, post 21.
- Kap. 783, Personell, postene 21 og 70.

Forskning og innovasjon i og for helse- og omsorgstjenesten

Gjennom bruk av ulike organisatoriske, juridiske og økonomiske virkemidler er det de senere årene lagt til rette for økt forskning i helseforetakene. En nylig gjennomført evaluering av forskning i helseforetakene, viser at den strategiske satsingen på forskning etter sykehusreformen har gitt positive resultater i form av økt forskningsaktivitet og ressursbruk til forskning. Forskning i helseforetakene finansieres gjennom eget øremerket tilskudd samt gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

Forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skjer i hovedsak innenfor eller i samarbeid med universitets- og høgskolesektoren, instituttsektoren og helseforetakene. Viktige virkemidler for å styrke forskningen har vært etableringen av de fire Allmennmedisinske forskningsenhetene knyttet til Universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. I perioden 2006 til 2008 er det etablert fem regionale sentre for omsorgsforskning ved høgskoler og universitet som utdanner helse- og sosialpersonell. Midlene til omsorgsforskning er betydelig styrket de siste årene. Det finnes også flere regionale og nasjonale kompetansesentre innenfor odontologi, rus, psykisk helse mv. som har som formål å styrke forskningsaktiviteten på fagområdet.

Gjennom Stortingets behandling av Innovasjonsmeldingen ble det besluttet at den felles 5-årige satsingen på innovasjon i helseforetakene også skal omfatte forskningsbasert innovasjon og at satsingen utvides fra fem til ti år (2007–2016), forutsatt en positiv halveisevaluering, jf. St.meld. nr. 7 (2008–2009) og Innst. S. nr. 170 (2008–2009). Satsingen evalueres høsten 2010 i samarbeid mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

I juni 2009 ble det oppnevnt et offentlig utvalg som skal utrede innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Det skal også utrede mulighetene som ligger i bruk av ny teknologi og arkitektur og nye organisasjons- og driftsformer som styrker brukerinnflytelse og utvider samarbeidet med brukerorganisasjoner, samvirketiltak, ideelle virksomheter og næringslivet. Utvalget skal avgi sin innstilling innen første halvår 2011.

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Det er utviklet et felles mål- og resultatstyringsystem (MRS) for departementenes tildelinger av midler til Norges forskningsråd som ble tatt i bruk i 2010. Målstrukturen består av et overordnet mål som er operasjonalisert i tre mål med tilhørende delmål. Basert på disse målene er det utviklet et sett med styringsparametre som er grunnlaget for Forskningsrådets rapportering til departementene.

Det overordnede målet til Forskningsrådet er at det skal bidra til at Norge utvikler seg som kunnskapssamfunn. Norge skal være blant de fremste samfunn når det gjelder å utvikle, dele og ta i bruk ny kunnskap. Forskingen skal framskaffe kunnskap som kan øke verdiskaping og velferd, svare på samfunnsutfordringene og utvide grense-

ne for vår erkjennelse. Dette målet er operasjonalisert til tre delmål. Det første delmålet er økt kvalitet, kapasitet og relevans i norsk forskning i hele landet. Det andre delmålet er god ressursutnytting og formålstjenlig arbeidsdeling, samhandling og struktur i forskningssystemet. Det siste delmålet er at forskningens resultater tas i bruk i næringsliv, samfunnsliv og forvaltning i hele landet. For nærmere omtale av systemet og målene, se kap. 5, Forskning og utvikling i statsbudsjettet 2011 i Prop. 1 S (2010–2011) Kunnskapsdepartementet.

Forskningsrådet skal som hovedregel konsentrere sine tildelinger om nasjonale prosjekt. Forskningsinstitusjonene har i første rekke ansvar for å finansiere mindre forskningsprosjekt.

Forskningsrådets totale innsats innenfor temaområdet helse var på vel 965 mill. kroner i 2009, dette er en økning på nærmere 65 pst. fra 2006. Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Forskningsfondet bidrar mest til finansiering av temaområdet helse. I tillegg kommer bidrag fra Nærings- og handelsdepartementet og Utenriksdepartementet. Det forskes på 26 sykdomsgrupper med relevans for bestemte sykdommer og helseplager. Kreft og psykiske lidelser er de to største gruppene blant disse, med henholdsvis 18 pst. og 23 pst.

Forskningsrådet innvilget i 2010 80 mill. kroner til etablering og utvikling av Biobank Norge. Alle de sentrale fagmiljøene i Norge er involvert, dvs. Universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø og NTNU, Nasjonalt folkehelseinstitutt og de fire regionale helseforetakene. Biobank Norge, skal harmoniseres med den europeiske storskala biobankinfrastrukturen, Biobanking and Biomolecular Resources Research Institute.

Departementet vurderer om oppfølgingen av rapporten Gode biobanker – bedre helse skal ses i sammenheng med det pågående arbeidet knyttet Gode helseregistre – Bedre helse, Strategi for modernisering og samordning av nasjonale helseregistre 2009 – 2019.

EUs rammeprogram for forskning og teknologiutvikling

Forskningsrådet har det operative ansvaret for realiseringen av samarbeidet om EUs rammeprogram for forskning og teknologisk utvikling. Det er i økende grad sammenfall mellom de tematiske og teknologiske satsingene innenfor rammeprogrammene og prioriteringer i norsk helseforskning. Norsk deltakelse i EUs 6. og deler av det 7.

rammeprogrammet ble evaluert av Nifu Step i 2009. Resultatene viser at norske forskningsmiljøer på helseområdet skårer dårligere enn på mange andre fagområder. Data viser at prosjekter der norske forskningsmiljøer deltar har relativt god gjennomslagskraft, men at forskerne ikke er like aktive til å søke om prosjektmidler som forskere i andre nordiske land. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med blant annet Kunnskapsdepartementet vurdere tiltak slik at flere norske forskningsmiljøer i enda større grad søker på helserelevante prosjekter i EUs 7. rammeprogram.

Helse (Health) er det neste største tematiske programmet i EUs 7. rammeprogram for forskning og utvikling med hensyn til budsjett. Etter tre utlysninger er det totalt innstilt 40 prosjekter med deltakere fra norske institusjoner. Dette gir Norge så langt en suksessrate (antall innvilgede i forhold til antall søknader) på 23 pst., mens gjennomsnittet i Europa er 19 pst. Dette er en positiv utvikling. Norske institusjoner deltar blant annet i prosjekter knyttet til folkesykdommer som kreft, diabetes, hjerte-kar og mental helse. Videre deltar norske miljøer i forskningsprosjekter knyttet til alternativ medisin, helsetjenesteforskning, rusmiddelforskning og reproduktiv helse.

Felles forskningsprogram i EU (Joint Programming) er et nytt virkemiddel i utviklingen av det europeiske forskningsområdet (European Research Area). Når det gjelder helserelevante programmer deltar Norge i utviklingen av et felles program innenfor nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer som omtales som et pilotprogram. Videre deltar Norge i de innledende fasene i et program om antibiotikaresistens. Det samme gjelder også et felles program om helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer.

Tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2011 skal dekke forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til helse- og omsorgssektoren. Forskningsprogram har normalt en varighet på 4–5 år. Forskningsprogrammene Helse- og omsorgstjenester, Psykisk helse, Folkehelseprogrammet, Klinisk forskning og Miljø, gener og helse avsluttes i 2010. Programmene er revidert i løpet av høsten 2009 og vinteren 2010. Nye programplaner er utarbeidet og ferdigstilles til utlysning fra 2011. Forskningsrådets kartlegging av kjønnsperspektivet i pågående aktiviteter og programmer fra 2007 viste at 16 aktiviteter hadde kjønnsperspektiv i sine programplaner. Kjønnsperspektivet og internasjonalt forsknings-samarbeid er løftet fram i alle programplanene.

Folkehelseprogrammet (programperiode 2011–2015)

Programmets overordnede mål er å bidra til ny kunnskap om hva som kan påvirke folkehelsen og om årsaker til sosiale helseforskjeller, samt virkemidler for å redusere slike forskjeller og bedre folkehelsen.

Revidert programplan legger større vekt på å redusere sosiale helseforskjeller. De prioriterte temaområdene i revidert programplan er: helseatferd, livsløp og psykisk helse.

Programmet finansierer både årsaksforskning og tiltaksforskning på ulike nivåer som kan danne et viktig kunnskapsgrunnlag for helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Antall pågående prosjekter i 2009 var 30. For 2009 ble det skrevet 31 vitenskapelige artikler, mens annen publisering og kommunikasjon lå på 193. Programmet har et samarbeid med et tilsvarende forskningsprogram under Finlands Akademi.

Program for helse- og omsorgstjenester (programperiode 2011–2015)

Programmet skal bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for utviklingen av gode, effektive og trygge helse- og omsorgstjenester på alle nivåer, og identifisere mål og virkemidler for å realisere dette. Det skal også kartlegge hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan styrkes i samhandlingen med pårørende, frivillige organisasjoner, lokalsamfunn og spesialisthelsetjenesten. Programmet har følgende satsingsområder; pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten, styring, ledelse, planlegging, finansiering, prioritering og samhandling. I kommende programperiode er de kommunale helse- og omsorgstjenestene vektlagt sterkere enn tidligere. I tråd med målsettingene i Omsorgsplan 2015 om å øke forsknings- og utviklingsarbeidet knyttet til omsorgstjenesten er programmet styrket med 32 mill. kroner til omsorgsforskning i perioden fra 2007. 2 mill. kroner er avsatt til en fireårig resultatorientert evaluering av Omsorgsplan 2015 og 5 mill. kroner skal gå til forskning på demens. Det vises til omtale av omsorgsforskning under kap. 761, post 21.

Antall pågående prosjekter innenfor programmet i 2009 var 42, hvorav 11 nye i 2009. Prosjektporteføljen inneholder også tilskudd til fem regionale sentre for omsorgsforskning. For 2009 ble det skrevet 102 vitenskapelige artikler, mens an-

nen publisering og kommunikasjon lå på 446. Det kom inn 47 søknader, og 14 prosjekter ble innstilt etter en utlysning i 2009.

Departementet tildelte i 2010 5 mill. kroner til forskning på habilitering og rehabilitering. Målet er å etablere et forskningsmiljø som gjennom bred tilnærming og tverrsektoriell forskning utvikler kompetanse og forskning av høy kvalitet på utvalgte temaer innenfor feltet. Midlene foreslås videreført til utvikling av et forskningsmiljø som skal drive forskning, ha oversikt over pågående forskning, og som skal oppsummere hva som finnes av forskning. Satsingen legges til helse- og omsorgstjenesteprogrammet, men midlene må også ses i sammenheng med andre forskningsprogrammer.

Det er behov for økt forskning og kunnskap om organisatoriske tiltak og effekter av disse som kan bidra til bedre samhandling i tråd med samhandlingsreformens målsettinger. Det foreslås å styrke programmet i 2011 med 10 mill. kroner til forskning på effekter av ulike samhandlingstiltak.

Program for klinisk forskning (programperiode 2011–2015)

Programmets overordnede mål er å øke kunnskapsgrunnlaget om forebyggende tiltak, diagnostiske metoder og behandlings- og rehabiliterings tiltak gjennom kliniske studier. Programmet har ingen tematiske begrensninger innenfor feltet klinisk forskning, men sykdommer og lidelser som representerer betydelige menneskelige og/eller økonomiske utfordringer for samfunnet vil bli vektlagt.

Hovedprioriteringen til programmet er nasjonale og flerregionale kliniske studier. Innenfor tannhelsetjenesten, allmennmedisin og primærhelsetjenesten for øvrig, vil også mindre studier, uten tilsvarende krav til flerregionalt eller nasjonal design, bli prioritert.

Programmet vil prioritere prosjekter med nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid, også på tvers av tjenestenivåene. Det er 26 pågående prosjekt i programmet i 2009. I alt 40 prosjekter har vært og er helt eller delvis finansiert gjennom programmets planperiode 2006–2010. Utlysningen i 2009 omfattet en særutlysning for kliniske prosjekter innenfor allmennmedisin. I 2009 finansierte programmet 38 vitenskapelige artikler, mens annen publisering og kommunikasjon var 91.

**Program for miljøpåvirkning og helse
(programperiode 2011–2015)**

Programmet miljøpåvirkning og helse finansierer forskning om menneskets helse i forhold til de miljøfaktorer vi eksponeres for. Programmet etterfølger Program for miljø, gener og helse (2006–2010). Programmets overordnede mål er å frambringe ny forskningsbasert kunnskap som kan bidra til å redusere negative helseeffekter av kjemiske og biologiske kontaminanter og fysiske miljøfaktorer. De prioriterte forskningsområdene i programmet er: miljøpåvirkninger, miljørelaterte sykdommer og helseskader og gen- og miljøinteraksjoner.

Alle prioriterte forskningsområder i programplanen for perioden 2006–2010 er blitt dekket i forskningsprosjektene. Det er 33 pågående prosjekt i programmet i 2009. Midler til nye prosjekter ble lyst ut i 2009 der fem nye prosjekter ble innstilt med oppstart 2010. I 2009 ble det publisert 10 publikasjoner, mens annen publisering og kommunikasjon var 22.

Program for psykisk helse (programperiode 2011–2015)

Programmets overordnede mål er å bidra til utvikling av relevant kunnskap om årsaksforhold, forebygging og behandling med sikte på å fremme psykisk helse. I programperioden vil det i større grad satses på forskning innenfor avgrensede tematiske områder. De spesifikke satsingsområdene er barn og unges psykiske helse, kulturelle faktorer ved psykisk helse og behandlingsforskning. Innenfor de prioriterte områdene skal man fremme tverrfaglig forskning, nasjonalt og internasjonalt samarbeid, samt forskning som anlegger et brukerperspektiv. Programmet ivaretar kombinasjonen psykisk lidelse og rusmiddelbruk.

Programmet har prosjekter innenfor alle prioriterte tema i programplanen for planperioden 2006–2010. Forskningsrådet finansierte gjennom programmet 46 prosjekter i 2009, hvorav 11 var nye prosjekter. I 2009 ble det publisert 58 publikasjoner, mens annen publisering og kommunikasjon var 188.

På grunn av mange pågående prosjekter blir neste utlysning i juni 2011. Forskningsrådet inngikk i 2009 en samarbeidsavtale med National Institute of Mental Health (NIMH) i USA for å øke forskningskompetansen ytterligere i Norge.

**Program for global helse- og
vaksinasjonsforskning (programperiode 2004–2011)**

Regjeringen har som mål å styrke den nasjonale forskningssatsingen rettet mot fattigdomsrelaterte sykdommer. Programmet finansieres av Utenriksdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementets kap. 286, Fondet for forskning og nyskaping, post 50.

Programmet er evaluert av en ekstern faggruppe som ga programmet svært positiv omtale. Basert på resultatene fra evalueringen arbeider Norges forskningsråd nå med en ny programplan for programmet.

Under delprogrammet for global helseforskning pågår det 14 prosjekter hvorav ingen nye i 2009, mens det under delprogrammet for vaksinasjonsforskning ble startet opp 12 prosjekter av i alt 26 i 2009. Programmet finansierer også prosjekter gjennom EUs forskningsprogram The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP). Formålet er å finansiere kliniske studier på nye legemidler og andre intervensjoner mot tuberkulose, hiv/aids og malaria i Afrika sør for Sahara. Dette skal bidra til kompetanseoppbygging i Afrika, og økt forskningssamarbeid mellom landene.

I 2009 ble det publisert 28 publikasjoner, mens annen publisering og kommunikasjon var 89. Ny programplan skal ferdigstilles i løpet av høsten 2011.

**Rusmiddelforskningsprogrammet
(programperiode 2007–2011)**

Programmets overordnede mål er å bidra til utvikling av ny relevant kunnskap og fremme forskning på rusmiddelfeltet med fokus på bedret kunnskap om omfang av rusmiddelbruk og rusrelaterte skader, forklaringer på variasjoner i rusmiddelbruk og skader, samt tiltak for å forebygge og behandle rusmiddelproblemer.

Programmet har følgende prioriterte forskningsområder: rusmiddelrelaterte skader og konsekvenser for tredjepart, arbeidsliv og rus, tidlig intervensjon, vanedannende legemidler, cannabis og andre områder som er viktige innenfor rusmiddelforskningen. Perspektiv på kjønn, kulturelt mangfold og sosial ulikhet ivaretas i programmet.

Forskningsrådet og Senter for rus og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo skal bidra til forskningssamarbeid og etablering av nye nettverk. Seraf utgjør en hovedpilar i programmet og tildeles om lag 50 pst. av midlene.

Programmet finansierer i 2009 i alt 21 prosjekter. I 2009 ble det publisert 68 publikasjoner, mens annen publisering og kommunikasjon var 205. Programmet skal revideres i løpet av 2011.

Program for stamcelleforskning (programperiode 2008–2012)

Programmets overordnede mål er å utvikle og styrke kompetansen innenfor grunnforskning og klinisk forskning på stamceller med sikte på behandling av alvorlig og kronisk syke pasienter. Programmet prioriterer forskningstemaer som omfatter bedre forståelse av basale prosesser knyttet til vekst og differensiering av stamceller, utvikling av cellelinjer som kan anvendes terapeutisk og bruk av stamceller i utvikling og testing av nye legemidler og toksikologisk screening. Programmets viktigste virkemidler er forskerinitierte prosjekter innenfor programmets prioriterte områder og finansieringen av Nasjonalt senter for stamcelleforskning i Helse Sør-Øst.

Programmet finansierte 17 prosjekter i 2009. I 2009 ble det publisert 22 publikasjoner, mens annen publisering og kommunikasjon lå på 45.

Strategiske satsinger

Strategisk satsing brukes som en betegnelse for aktiviteter som det av en eller flere årsaker ikke er hensiktsmessig å organisere som et eget program. En vanlig årsak er at det øremerkede beløpet er såpass lite at det ikke lar seg forsvare å ha et program med eget programstyre til å forvalte midlene, og/eller at temaet ligger i grenselandet mellom to eller flere pågående program slik at det er ønskelig med samarbeid om en satsning.

Aldersforsknings-satsing (satsingsperiode 2002–2012)

Satsingen omfatter både samfunnsvitenskaplig og helsefaglig forskning. Forskningsprosjektene omfatter problemstillinger som eksempelvis basalforskning på aldringsprosesser og nevropsykiatrisk forskning tilknyttet Parkinsons sykdom. I alt 13 større prosjekter er igangsatt.

Kvinnehelse

Forskningsprosjekt med midler øremerket Kvinners helse inngår i porteføljen til flere av helseprogrammene. I 2009 var det åtte forskningsprosjekter finansiert med midler øremerket Kvinners helse. Disse omhandler blant annet temaene; kvinner og osteoporose, sosial ulikhet i kvinners

helse, brystkreft, effekten av fysisk aktivitet eller prosjekt om vold mot kvinner samt forskning om svangerskap.

Kreftforskning

Satsingen på kreftforskning har pågått siden 2000. Satsingen har finansiert forskningsprosjekt knyttet til brystkreft, prostata, livmorhals, blod, benmarg samt metastaseutvikling og langtidseffekter etter kreftbehandlingen. Satsingen går ut i 2010.

Departementet foreslår en dreining av kreftsatsingen mot offentlige initierte kliniske studier/utprøvende behandling på kreft. Behov for en ordning med denne type kliniske studier har vært etterlyst fra flere hold blant annet fra pasientorganisasjoner og tjenesten selv. Ordningen er også i tråd med blant annet anbefalinger fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at 19,5 mill. kroner per år skal finansiere studier på kreft i regi av Forskningsrådet. På sikt bør dette også omfatte andre fagområder. Dersom enkeltstudier besluttet av det offentlige kan gjøres i samarbeid med industrien vil finansieringen øke ytterligere. Forskningsrådet vil bidra med ressurser i et ERA-NET prosjekt med tittelen ERA-NET on Translational Cancer Research. Temaene som er aktuelle er forenlig med formålet for et program for offentlig initierte kliniske studier på kreft

Forskning på området barn som pårørende

Det foreslås å utvide de siste fire års satsning på tiltak rettet mot barn som pårørende gjennom forskning. Barn som opplever alvorlig sykdom/rusproblematikk i familien, har økt risiko for utvikling av psykiske og sosiale vansker. Det finnes lite forskning på dette området hvor barn selv er informanter. Kunnskapen om hvilke tilbud som er til hjelp for barn som pårørende er sparsom. I tillegg er det samfunnsmessige utfordringer knyttet til identifisering av disse barna, etablering av et helhetlig og adekvat hjelpetilbud, samt kontinuitet i oppfølging av familiene. Forskningen skal forankres i et barne- og familieperspektiv.

Det foreslås at det avsettes 5 mill. kroner til forskning om barn som pårørende i 2011. Det vises til omtale av barn som pårørende under kap. 781, post 79.

EUs strålevernprogram

Forskningsprogrammet til Euratom er den del av EUs rammeprogram for forskning, men omfattes

ikke av EØS-avtalen. Finansieringen av EUs 6. rammeprogram for forskning er videreført i 7. rammeprogram. Det vil bli lagt vekt på at de norske fagmiljøene deltar i det nye programmet.

Evalueringer

Mammografiprogrammet

Mammografiprogrammet er et tilbud der kvinner mellom 50 og 69 år blir invitert til å delta i en mammografiundersøkelse hvert annet år. Formålet er å kunne påvise brystkreft på et så tidlig stadium at effektiv behandling kan settes i verk og dødeligheten reduseres. Et hovedmål er en 30 pst. reduksjon av dødelighet av brystkreft blant de kvinner som er invitert til deltakelse i programmet. Det er behov for å evaluere hvorvidt mammografiprogrammet har oppfylt intensjonene og formålet, samt å danne et faglig grunnlag for en eventuell utvidelse av programmet til også å gjelde andre aldersgrupper. Evalueringen skal videre undersøke organiseringen av mammografiprogrammet og aspekter ved kost-nytte. Evalueringen startet i 2007, og en faglig styringsgruppe ble oppnevnt samme år.

Datatilsynet fattet i 2009 vedtak som innebærer at data om personopplysninger knyttet til negative funn (normale prøvesvar) i mammografidatabasen må slettes senest etter seks måneder, der-

som ikke samtykke innhentes fra samtlige kvinner som er registrert der. Dette vil gjøre evalueringen vanskelig. Vedtaket ble påklaget til Personvernemnda som i vedtak av 26. august 2009 tok klagen delvis til følge. Samtykke må innhentes, men tidsfristen ble satt til ut 2011.

Kreftregisteret er nå i gang med innhenting av samtykke til permanent lagring av personopplysninger ved negative funn. Departementet vil vurdere behovet for endringer i regelverket for screening for å forhindre at liknende saker oppstår i framtiden, men også for å avklare om endringer i regelverket kan bidra til å hindre at verdifulle data går tapt. Dersom det viser seg at det ikke lar seg gjøre å innhente samtykke fra samtlige registrerte, kan dette innebære at evalueringen blir forsinket, eller at enkelte av evalueringsprosjektene må avvikles. Når fristen Personvernemnda har satt for innhenting av samtykke i screeningprogrammet løper ut ved utgangen av 2011, vil konsekvensene av sletting bli synliggjort og aktualisert.

Opptrappingsplanen for psykisk helse

På oppdrag fra departementet har Forskningsrådet slutført evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse. Funnene fra evalueringen er gjengitt i Prop. 1 S (2009–2010).

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
21	Spesielle driftsutgifter		59 315	70 066
70	Norsk Helsennett SF			19 000
79	Andre tilskudd		40 004	37 394
	Sum kap. 781		99 319	126 460

Følgende bevilgninger foreslås flyttet:

- 5,8 mill. kroner fra post 21 til kap. 720, post 01
- 3,0 mill. kroner fra post 79 til post 21
- 0,85 mill. kroner fra post 79 til kap. 718, post 70

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med posten er å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utviklingen av helsetjenester. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene

som ble finansiert i 2010, og enkelte av prosjektene som vil bli finansiert i 2011.

Det foreslås å flytte bevilgningen til Samdata-prosjektet på 5,8 mill. kroner til kap. 720, post 01, Helsedirektoratet.

Norsk helsearkiv

Det er besluttet å etablere Norsk helsearkiv på Tynset, organisert som en enhet i Arkivverket. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig

oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiver fra spesialisthelsetjenesten. Norsk helsearkiv vil være en stor satsning for å fremme medisinsk og helsefaglig forskning. Det vil også være nyttig for annen type forskning og andre dokumentasjonsformål.

Dagens ordning for oppbevaring og kassasjon av personsensitivt arkivmateriale er fragmentert og ulovfestet. Store mengder arkivmateriale befinner seg i helseforetakene, og mange har behov for avlevering. Det pågår et arbeid med å fastsette blant annet regelverk for hvilke deler av eldre pasientarkiver som skal bevares for ettertiden i Norsk helsearkiv. Dette og annet regelverk som omhandler forvaltningen av helsearkivmaterialet må være på plass før oppstart av Norsk helsearkivs virksomhet.

Riksarkivaren har, etter oppdrag fra Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, startet arbeidet med å etablere en interimorganisasjon for Norsk helsearkiv i 2010.

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 10 mill. kroner i 2011 til etablering og drift av Norsk helsearkiv som interimorganisasjon. Bevilgningen skal blant annet dekke utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjektleder, IKT-utstyr og andre utgifter knyttet til forprosjektet.

Nasjonale helsekonferanser

Departementet har i samarbeid med Helsedirektoratet invitert til nasjonale helsekonferanser i 2007, 2008, 2009 og 2010. Konferansene er blitt et møtested for ledere, brukere, bransjeorganisasjoner og fagfolk fra kommuner og helseforetak med om lag 1000 deltakere på hver av konferansene. Konferansen i 2009 belyste samhandlingsutfordringer, mens konferansen i 2010 satte søkelys på nasjonal og global samhandling. Presentasjonene fra konferansene finnes på www.helsekonferansen.no. Helsekonferansen videreføres i 2011.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å framskaffe gyldig og pålitelig informasjon om det norske helsesystemets kvalitet og prestasjoner, både når det gjelder status og langsiktige trender. Kvalitetsindikatorer kan fungere som grunnlag og insitament for kvalitetsforbedring, de kan benyttes av pasienter og brukere for å sammenlikne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested, og som

grunnlag for styring og helsepolitiske prioriteringer.

Helsedirektoratet har ansvar for å drifte og videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og å inkludere nye områder innen helse- og omsorgstjenesten.

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer har vært stabilt de siste årene. Samtidig pågår betydelig arbeid som på sikt vil bidra til å nå målsettingen i Nasjonal helseplan (2007–2010) om å ha et kvalitetsindikatorsystem som belyser status og utvikling i norsk helsetjeneste ut fra de seks kjennetegnene ved god kvalitet i Helsedirektoratets kvalitetsstrategi ... og bedre skal det bli!. Arbeid med konsekvens for kvalitetsindikatorarbeidet er blant annet å få på plass et overordnet rammeverk for det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet. I tillegg vil gjennomføring av Nasjonalt helseregisterprosjekt, med satsning på nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre være en viktig kilde for et norsk indikatorsett.

I desember 2009 lanserte Helsedirektoratet en ny publiseringsløsning for nasjonale kvalitetsindikatorer på www.helsedirektoratet.no. De nasjonale kvalitetsindikatorerne som vurderes relevante for pasienters valg av sykehus publiseres i tillegg på nettstedet www.frittssykehusvalg.no.

Helsedirektoratet vil fremme forslag til rammeverk for et Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten, basert på en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Rammeverket skal bidra til å skape et relevant og bærekraftig nasjonalt kvalitetsindikatorsystem med klart definerte mål og stor grad av åpenhet når det gjelder helsepolitiske og faglige vurderinger.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utviklet en modell for etablering av dødelighetsindikatorer for hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd, samt standardisert sykehusdødelighet. Arbeidet med disse indikatorene har blitt forsinket i påvente av nødvendige juridiske og formelle avklaringer som først var på plass mars 2010. Det planlegges å levere foreløpige beregninger av dødelighetsrater til helsetjenesten høsten 2010. Parallelt med dette pågår et arbeid for å undersøke eventuelle feilkilder ved disse indikatorene der pasientadministrative data sammenliknes med data innhentet ved sykehusenes journaler.

I tildelingsbrevet for 2009 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å fremme forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor kreftområdet med vekt på resultatindikatorer. I 2010 fikk Helsedirektoratet i oppdrag i samarbeid med de regionale helseforetakene å starte arbeidet med å utarbeide forslag til indikatorer på gode forløp for pasienter med de

hyppigste kreftformene, pasienter med hjerneslag og pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helsedirektoratet vil avvente konkrete anbefalinger før ferdigstilling av det nasjonale rammeverket.

Helsedirektoratet gjør på oppdrag fra departementet en vurdering av ikke-planlagte reinnlegger som nasjonal kvalitetsindikator.

Indikatorarbeidet i Norge skal koordineres med arbeidet i Nordisk Ministerråd og OECD Health Care Quality Indicator Project. I desember 2009 ble det presentert elleve indikatorer utarbeidet i regi av OECD. Arbeidet i regi av OECD fortsetter med mål om å forbedre indikatorene og få etablert flere, spesielt resultatindikatorer. Nordisk Ministerråd presenterte i september 2010 sluttrapporten fra det nordiske kvalitetsindikatorprosjektet. Prosjektet har utarbeidet et omfattende sett med overordnede helseindikatorer, samt indikatorer innen utvalgte diagnoseområder, som hjerte-kar, kreft, kroniske sykdommer og psykisk helse. I tillegg leveres indikatorer innen munn- og tannhelsefeltet, pasientsikkerhet og pasienterfaringer. OECDs kvalitetsindikatorprosjekt er på mange områder samordnet med det nordiske arbeidet. Flere av indikatorene som er utviklet i regi av Nordisk Ministerråd og OECD vil også være relevante for det norske kvalitetsindikatorsystemet.

Gjennom Nasjonal pasientsikkerhetskampanje vil det fra 2011 bli utviklet et sett av prosess- og resultatindikatorer for den norske helsetjenesten. Det er et mål at dette indikatorsettet vil kunne danne grunnlag for nasjonale indikatorer på pasientsikkerhetsområdet etter at kampanjen er avsluttet.

Pasientsikkerhet er også et prioritert område for utvikling av indikatorer i arbeidet til OECD og Nordisk Ministerråd. Her er det imidlertid problemer med valideringen av pasientsikkerhetsdata både fra Norge og de øvrige nordiske landene, noe som henger sammen med en kombinasjon av underrapportering og uhensiktsmessig kodepraksis.

Måling av pasienters og brukeres erfaringer med helsetjenesten er en viktig dimensjon innen det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. De nasjonale brukererfaringsundersøkelsene er nå gjenopptatt etter at de juridiske og formelle sider ved datainnhenting er avklart. I 2010 skal det gjennomføres en undersøkelse av erfaringene med somatisk døgnbehandling for voksne og i 2011 av brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Nasjonale retningslinjer og veiledere

Helsedirektoratet utgir nasjonale retningslinjer og veiledere på prioriterte områder. Nasjonale retningslinjer er systematisk utviklede anbefalinger, for å støtte fagpersoners og pasienters beslutninger om relevant behandling for en definert klinisk problemstilling. Nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet er utarbeidet etter internasjonalt anerkjente metoder og gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet. I 2009 ble det publisert ni nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer for flere kreftformer, og 12 nye er under utarbeidelse. Det er videre publisert retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes og for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR) ble publisert i 2009, og flere retningslinjer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse er under utarbeidelse.

Riktigere prioritering

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2005 et samarbeidsprosjekt mellom daværende Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene for å utarbeide nasjonale veiledere for rettighetstildeling og siste medisinske forsvarlige frist for når helsehjelp skal settes i gang. Formålet med veilederne er å bidra til større grad av regional likhet ved at grunnlaget for beslutningene bygger på mer ensartet forståelse av prioriteringsforskriften.

Det er hittil utarbeidet veiledere for medisinske tilstander innenfor til sammen 30 fagområder. To nye veiledere blir publisert i løpet av 2010. De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentene bedt om å legge prioriteringsveilederne til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Det arbeides med et e-læringsopplegg som skal bidra i implementeringen.

Raskere tilbake

Det vises til omtale under kap. 732, post 79. Helsedirektoratet skal sikre nasjonal koordinering ved å følge med på at ordningen Raskere tilbake utvikles og praktiseres i tråd med ordningens formål samt sikre forankring av ordningen gjennom dialog med relevante aktører. Helsedirektoratet har ansvar for rapportering og analyser om status og utvikling av ordningen.

Kronisk utmattelsessyndrom/Myalgisk encefalopati (CFS/ME)

For å styrke tilbudet til pasienter med CFS/ME ble det i 2007 opprettet et nasjonalt kompetansenettverk. Det er siden 2007 bevilget 5 mill. kroner årlig for å sikre nasjonal kompetanseoppbygging og for å styrke tilbudet til pasientgruppen.

Midlene forvaltes av Helsedirektoratet som leder Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME. Helsedirektoratet har gitt støtte til en rekke informasjonstiltak og fagutviklingsprosjekter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Tiltak som kan bidra til bedre utredning, behandling, pleie og omsorg for barn og unge, og til de aller sykeste pasientene har vært prioritert. Som et ledd i informasjonsarbeidet har Helsedirektoratet utviklet en egen temaside om CFS/ME.

Det er etablert tilbud om diagnostikk i alle helseregionene. Ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål er det etablert et poliklinisk tverrfaglig tilbud til voksne pasienter med CFS/ME. Sykehuset har også etablert et ambulant tilbud, og det arrangeres mestringskurs for CFS/ME-pasienter. Barnekliviken ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet har etablert en egen enhet med et særskilt ansvar for å følge opp barn og ungdommer under 18 år med diagnosen og mottar pasienter fra hele landet. Det er videre etablert en ME-telefon ved Sykehuset Innlandet HF. Telefonen er utviklet til å bli et landsdekkende lavterskeltilbud. I Helse Midt-Norge er tilbudet til pasientgruppen styrket gjennom etablering av et tverrfaglig utrednings- og behandlingstilbud ved St. Olavs Hospital HF. Helse Sør-Øst RHF har lagt til rette for etablering av et tilbud på to sengeplasser til de sykeste pasientene ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål. Lokalteter og økonomi er på plass og det er igangsatt en prosess for å rekruttere kvalifisert helsepersonell.

Pasienter med CFS/ME trenger behandling og oppfølging der de bor. I statsbudsjettet for 2010 framgår det at regjeringen vil legge særlig vekt på å utvikle gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene, samt å etablere gode rehabiliterings- og mestringsstilbud i alle helseregioner. Dette arbeidet skal videreføres i 2011.

Helsedirektoratet er i 2010 blitt bedt om å oppsummere det som finnes av ny kunnskap om diagnostisering, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. De er også blitt bedt om å evaluere den nasjonale satsingen og gi en statusrapport om helse- og omsorgstilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge. Rapportene skal overleveres departementet i løpet av første halvår 2011.

Regjeringen foreslår å videreføre bevilgningen med inntil 5 mill. kroner i 2011.

Dokumentasjonsdatabase (Gisbas)

Hovedmålet for Gisbas-prosjektet er å få kvalitets-sikret, standardisert dokumentasjon elektronisk tilgjengelig for besvarelse av henvendelser om akutte forgiftninger. Prosjektet har tilrettelagt for registrering av data om alle henvendelser til Giftinformasjonen.

En evaluering av Gisbas-prosjektet skal gjennomføres i løpet av 2010.

For forgiftningsbehandling foreligger det en rekke nasjonale anbefalinger for helsepersonell. For å styrke systematikken og kvaliteten i arbeidet og gjøre de mer forpliktende, foreslås at alle anbefalingene går inn i en nasjonal retningslinje for forgiftningsbehandling. Arbeidet med å gjøre retningslinjen tilgjengelig for helsepersonell via Emnebibliotek forgiftninger, Helsebiblioteket inngår i oppgaven.

Nødnett

De første kommunikasjonsentralene og legevaktenene i helsetjenesten har tatt i bruk den nye digitale nødsambandsløsningen Nødnett i 2010. Når første utbyggingstrinn av Nødnett etter den nåværende planen er ferdigstilt i første halvår 2011, vil det være nærmere 3 år forsinket. Forsinkelsene skyldes manglende leveranser fra leverandøren. Med bakgrunn i forsinkelsene ble nødnettprosjektet styrket med 37,6 mill. kroner i Revidert nasjonalbudsjett 2010.

Forsinkelsen i første utbyggingsområde og forsinket oppstart i påfølgende utbyggingsområder, medfører at helsetjenesten må benytte helse-radionettet lenger enn antatt. Det er gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse for helse-radionettet for å avdekke nødvendigheten av oppgradering og eventuell utskifting av kjernekomponenter med en tidshorisont fram til 2015. Innen denne tid forventes det at nødnett er nasjonalt utbygget. Parallelt med innføring av nødnett i første utbyggingsområde starter planleggingen av innføring i de påfølgende utbyggingsområdene.

Det foreslås bevilget 15,3 mill. kroner til nødnettprosjektet i 2011. Midlene skal gå til avslutning av første byggetrinn i 2011 og skal dekke implementeringsaktiviteter, opplæring i kommunene, gevinstrealiserings- og evalueringsaktiviteter, planlegging av neste byggetrinn, samt prosjektadministrative kostnader.

Nasjonalt nettverk for behovsdrivet innovasjon i Helse- og omsorgssektoren (InnoMed)

InnoMed har som mål å bidra til økt kvalitet og effektivitet i helsetjenesten gjennom utvikling av nye løsninger forankret i nasjonale behov som kan ha internasjonale markedsmuligheter. Helsedirektoratet er oppdragsgiver for InnoMed og leder styringsgruppen. Helse Midt-Norge RHF har ansvar for å forankre InnoMeds virksomhet i spesialisthelsetjenesten og InnoMeds sekretariat ledes av Sintef Helse. Det ytes midler til drift av sekretariatet, regionale innovasjonsrådgivere, møteplasser, kunnskapsutvikling, formidling og innovasjonsprosjekter.

Det ble i 2009 etablert 12 forprosjekter og 9 hovedprosjekter innenfor tjenesteutvikling, IKT, medisinsk-teknisk utstyr og tekniske hjelpemidler. Oppsummert har InnoMed i perioden 2006–2009 en portefølje på 50 innovasjonsprosjekter i helse- og omsorgssektoren, hvorav 20 OFU (Offentlige forsknings- og utviklingskontrakter)-/hovedprosjekter og 30 forprosjekter. Fem av OFU-/hovedprosjektene er ferdigstilt og resultert i implementerte løsninger i helse- og omsorgssektoren («kommersialiseringer»). InnoMed har i samme periode gjennomført ti nasjonale møteplasser for innovasjonsstimulering i helse- og omsorgssektoren.

InnoMed jobber også strategisk med kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling. Det er utviklet flere håndbøker og InnoMed har, med støtte fra Helse Midt-Norge RHF, etablert en doktorgradsstudie innenfor behovsdrivet innovasjon. InnoMed deltar også i nordisk innovasjonssamarbeid, hvor to prosjekter støttet av Nordic Innovation Centre, ble avsluttet i 2009.

Helsedirektoratet/InnoMed er, sammen med de regionale helseforetakene, Innovasjon Norge og Norges forskningsråd, en sentral aktør i en langsiktig satsing i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet for å styrke behovsdrivet innovasjon i helsesektoren med fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr. Det er etablert en nasjonal samarbeidsavtale mellom aktørene. I 2009 deltok helseforetakene og kommunene i henholdsvis 20 og 5 OFU-kontrakter for utvikling av nye innovative løsninger for helse- og omsorgssektoren.

Prehospitale tjenester – Norsk pasientregister

Helsedirektoratet fikk i 2009 i oppdrag å legge til rette for rapportering fra prehospitale tjenester,

dvs. rapportering av pasientdata fra ambulansetjenesten.

Helsedirektoratet har på grunnlag av dette iverksatt et forprosjekt. Viktige oppgaver i forprosjektet vil være å kartlegge rapporteringspliktige enheter, kartlegge eksisterende IT-systemer, definere innholdet i det nasjonale datasettet, definere tekniske spesifikasjoner for overføring av data til NPR, samt utrede administrative og økonomiske forutsetninger for permanent innsamling og tilgjengeliggjøring av informasjon fra denne delen av spesialisthelsetjenesten.

Det er opprettet en styringsgruppe der arbeidet med å forberede innrapportering av data fra ambulansetjenesten blir sett i sammenheng med oppdrag som gjelder innhenting av data fra AMK-sentralene. Styringsgruppa ledes av Helsedirektoratet, og har representanter fra alle de regionale helseforetakene.

Oppfølging av stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Som ledd i oppfølgingen av Stortingets behandling av Innst. S. nr. 240 (2008–2009), jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg har Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeidet informasjon om keisersnitt, igangsetting av fødsel og smertelindring. Helsedirektoratet vil høsten 2010 lansere en nettportal med tilrettelagt informasjon til gravide, fødende, ammende og deres partnere.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennomført en nasjonal temaundersøkelse rettet mot kvinner som nettopp har født og deres partnere. Resultatene er planlagt publisert i 2011.

Helsedirektoratet har utarbeidet kvalitetskrav for fødeinstitusjoner som grunnlag for utarbeidelse av felles retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og regionale helseforetaks arbeid med helhetlige, flerårige og lokalt tilpassede planer for fødselsomsorgen.

I forbindelse med retningslinjearbeidet vil Helsedirektoratet bli bedt om å omtale tilbud om utvidet nyfødtscreening. Det vises til omtale under kap. 732, post 72, Basisbevilgning til Helse Sør-Øst RHF.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg har en rådgivende funksjon overfor Helsedirektoratet når det gjelder faglige spørsmål knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Rådets medlemmer oppnevnes av Helsedirektoratet.

Bevilgningen på 2,5 mill. kroner foreslås videreført. For omtale av oppdrag til regionale helse-

foretak, se kap. 732 Regionale helseforetak. For omtale av jordmortjenesten, se kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Evaluerings av bioteknologiloven

I forbindelse med evaluering av bioteknologiloven har Helsedirektoratet i 2009–2010 gjennomført en rekke oppdrag, herunder en befolkningsundersøkelse om etiske spørsmål knyttet til medisinsk bruk av bioteknologi og i tillegg en undersøkelse i fagmiljøene. Oppdragene avsluttes i 2010.

Post 70 Norsk Helsenett SF

Norsk Helsenett SF ble stiftet 1. juli 2009 og eies av staten. Eierskapet forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet. Selskapet skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv elektronisk samhandling mellom alle deler av helse- og omsorgssektoren. Det skal videre bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til beste for pasienter og befolkningen for øvrig. Infrastrukturtenestene skal understøtte god kommunikasjon mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren hvor siktemålet er å bidra til gode og effektive behandlingsforløp for pasienter og brukere, samt gi helse- og omsorgspersonell effektive og kvalitativt gode verktøy.

Selskapet har et ikke-økonomisk formål, og har fram til i dag vært kunde/brukerfinansiert. Selskapets kunder er kommuner, fastleger, sykehus med tilknyttede enheter, andre helsepersonellgrupper og tredjeparts tjenestetilbydere, slik som drifts- og systemleverandører og offentlige registre og databaser mv.

Felles arkitektur er en forutsetning for elektronisk samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Selskapet har i oppdrag å ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur, og å legge til rette for og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling. Norsk Helsenett SF skal videre ha ansvaret for å forvalte og drifte Adresseregisteret som er en viktig tjeneste for å få til effektiv elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Adresseregisteret skal være sikkert og tilgjengelig med godt brukergrensesnitt, og videreutvikles med ny funksjonalitet tilpasset brukernes behov.

Samhandlingsreformen medfører økt behov for elektronisk kommunikasjon i kommunene. Over 50 pst. av landets kommuner er tilknyttet helsenettet, men knapt halvparten av disse har

knyttet én eller flere av sine omsorgsenheter til helsenettet. Norsk Helsenett SF skal kunne tilby rådgivning og bistand i forbindelse med tilknytning og innføring av elektronisk meldingsutveksling i kommunene. Dette vil innebære at selskapet trer inn i en mer aktiv rolle i forbindelse med utvikling av løsninger for meldingsutvikling mellom omsorgstjenesten, fastlegene og helseforetakene.

Trusselbilde viser et økende antall angrep mot stadig flere instansers og private brukers IKT-systemer. Ondsinnete inntrengningsforsøk eller ulovlig bruk av helsesektorens sentrale IKT-infrastruktur må avverges raskest mulig for å redusere eventuelle skadevirkninger. Det foreslås derfor at Norsk Helsenett SF skal opprette et CSIRT (Computer Security Incident Response Team) for helsesektoren. Hovedoppgaven for CSIRT er å gi informasjon og tilby assistanse innen informasjonssikkerhet til de virksomheter som er knyttet til helsenettet. Målet er å redusere risiko for uønskede IKT-sikkerhetshendelser, samt handle rasjonelt og koordinert når hendelser oppstår.

Post 79 Andre tilskudd

Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som ble finansiert i 2010, og enkelte av prosjektene som vil bli finansiert i 2011.

Det foreslås å flytte bevilgningen til tiltak mot doping på 0,85 mill. kroner fra posten til kap. 718, post 70.

Barn som pårørende

Regjeringen har gitt løfte om oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Som et ledd i Handlingsplanen mot fattigdom ble det i 2007 bevilget 15 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Bevilgningen økte i 2008 med 5 mill. kroner til i alt 20 mill. kroner, og ble videreført med 21 mill. kroner i 2009. I tillegg bevilger Barne- og likestillingsdepartementet midler blant annet til modellkommuneprosjektet for å styrke kompetansen i barnevernet.

Helse- og omsorgsdepartementets satsning ble i 2009 utvidet til å omfatte barn som pårørende generelt.

Formålet er å gi tidligere hjelp til barna, styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, gi langsiktig oppfølging av barna, øke forskningsaktiviteten, spre erfaringer og stimulere frivillige organisasjoner til tiltak. Det legges vekt på tiltak som kommer barna direkte til gode. Helsedirekto-

ratet vil foreta en oppsummering av tiltakene i løpet av 2010.

Endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven om oppfølging av barn som pårørende, jf. Ot.prp. nr. 84 (2008–2009) trådte i kraft 1. januar 2010. Lovendringene har styrkets barns rettsstilling og medvirker til at mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter får bedre oppfølging når foreldrene mottar helsehjelp. Helsepersonell har fått plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, og helseinstitusjoner skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barna. Helsedirektoratet har i 2009 utarbeidet et rundskriv til lovendringene om barn som pårørende og informasjonsbrosjyre for barn.

Departementet etablerte BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre i 2007. Sørlandet sykehus HF leder kompetansenettverket som samler, systematiserer og sprer kunnskap og erfaringer til tjenestene. Mandatet ble i 2009 utvidet til å omfatte barn som pårørende generelt. Kompetansenettverket har bl.a. utarbeidet opplæringsprogram for barneansvarlige og etablert forskernettverk og nettverk for brukerorganisasjoner. Kompetansenettverket skal evalueres i 2011.

Det er tildelt midler til forskning om behandlingsintervensjoner for å redusere skader hos fosteret av mors bruk av rusmidler under svangerskapet, utvikling av læringstilbud i helseforetakene for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, kompetansehevede tiltak og tiltak i regi av frivillige organisasjoner og kommuner. Helse Nord-Trøndelag HF og Vestre Viken HF har etablert flerårige forsøk med lavterskeltilbud for langsiktig oppfølging av gravide mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer og barnet fra fødsel til skolealder. Målet er å unngå skader hos barnet og bidra til en god helseutvikling i familien.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet publisert en oversikt på Helsebibliotekets nettsider over screenings- og utredningsverktøy til bruk overfor barn og unge i risikogruppen. På oppdrag fra departementet arrangerte Helsedirektoratet i 2009 seks regionale konferanser om barn som pårørende i samarbeid med Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Kompetansesentre på rusfeltet og BarnsBeste. Et opplærings- og utviklingsprosjekt i samspill og tilknytningsteori er gjennomført for

personell ved institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling og barneverninstusjoner hvor foreldre kan legges inn til behandling sammen med sine barn.

Bevilgningen videreføres med 21 mill. kroner i 2011. Fra 2007 har Helsedirektoratet forvaltet en tilskuddsordning til barn som pårørende for tiltak i regi av frivillige organisasjoner, kommuner og spesialisthelsetjenesten. Ordningen har gitt mulighet for å sette i gang en rekke tiltak og aktiviteter. Lovendringene fra 2010 innebærer plikt for helsepersonell til å følge opp barn som pårørende. Det foreslås at tilskuddsordningen fra 2011 bare omfatter tiltak i regi av frivillige organisasjoner. Det foreslås at forskning på området barn som pårørende blir en egen strategisk satsning. Det vises til omtale under kap. 780 Forskning.

Nasjonalt medisinsk museum

Stiftelsen Norsk teknisk museum har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2002 drevet Nasjonalt medisinsk museum. Nasjonalt medisinsk museum er integrert i Norsk teknisk museum, og skal videreutvikle museets utstillinger, samt arbeidet med å dokumentere og bevare gjenstander, fotografier, arkivmateriale og bøker innenfor sitt felt.

Nasjonal koordinering og fagutvikling for de kliniske etikkomiteene

Seksjon for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo, er tildelt ansvar for nasjonal koordinering og fagutvikling for de kliniske etikkomiteene (Kek) ved helseforetakene. Dette ansvaret innebærer blant annet å bistå komiteene ved etablering, gi tilbud om kompetanseutvikling for Kek-medlemmene, og forskning på området. SME skal legge til rette for at de kliniske etikk-komiteene skal kunne identifisere, analysere og om mulig løse etiske problemstillinger relatert til pasientbehandlingen.

Det er registrert 39 kliniske etikkomiteer ved helseforetakene. Komiteene har i 2009 arbeidet med drøftinger av etiske problemstillinger, etikkundervisning av de ansatte og retningslinjer for etiske vanskelige områder. Etikk ved livets slutt, bruk av tvang og taushetsplikt var sentrale tema. Komiteene er beslutningsstøtte i saker knyttet til enkeltpasienter og prinsipielle spørsmål og bidrar til kompetanseheving for ansatte. Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensnings av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende blir benyttet i utstrakt grad. SME har vært

sentral i utvikling av et fritt tilgjengelig nettkurs i medisinsk etikk i samarbeid med Legeforeningen.

Eksempler på områder SME bør utvikle sammen med de kliniske etikkomiteene, er tiltak for å øke den etiske kompetansen om forhold knyttet til pasienter med psykiske og rusrelaterede lidelser, herunder bruk av tvungent psykisk helsevern. Det vises til etikkomiteenes rolle i ny strategi for redusert og riktig bruk av tvang, samt etiske spørsmål innenfor habilitering.

Organdonasjon

Det er et mål at flere mennesker som trenger det skal få tilbud om livreddende transplantasjon. Våren 2008 la en departementsforankret arbeidsgruppe fram en rapport med anbefalinger til hvordan organdonasjon og transplantasjon bør organiseres framover. Et av tiltakene som ble foreslått var å opprette et nasjonalt fagråd for organdonasjon. Dette er nå opprettet i regi av Helsedirektoratet, som også ivaretar sekretærfunksjonen for rådet.

Direktoratet vil i 2010 legge fram en handlingsplan for kronisk nyresykdom med vekt på forebygging og tidlig behandling. Et av målene i handlingsplanen er å hindre eller bremse utvikling av kronisk nyresykdom.

Stiftelsen Organdonasjon

Det ytes tilskudd til Stiftelsen Organdonasjon. Stiftelsen driver opplysningsarbeid overfor befolkningen og media for at flest mulig skal ta stilling til organdonasjon. Intensivering av opplysningsarbeidet overfor befolkningen er en viktig del av arbeidet for å nå målet om økt tilgang på organer til transplantasjon. Det foreslås å styrke støtten til Stiftelsen Organdonasjon med 1 mill. kroner i 2011.

Norsk ressursgruppe for organdonasjon – Norod

Det ytes tilskudd til Norod. Gruppen består av helsepersonell fra flere donorsykehus og fra transplantasjonsmiljøet ved Rikshospitalet. Opplæring av helsepersonell i kommunikasjon med pårørende er en prioritert oppgave.

Hornhinnetransplantasjon

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å etablere systemer for opplæring/kompetanseheving av helsepersonell i spørsmål om hornhinnedonasjon. De

regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å etablere egne rutiner for å innhente samtykke til hornhinnedonasjon i samarbeid med Helsedirektoratet. Det er et mål at sykehusene skal bli selvforsynte med hornhinner.

En befolkningsundersøkelse fra desember 2009 viste at befolkningen har relativt begrenset kunnskap om og kjennskap til hornhinnedonasjon. Til tross for dette stiller 82 pst. seg positiv til å donere hornhinner.

Hornhinnetransplantasjoner foretas i dag ved St. Olavs Hospital HF, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus HF, Ullevål. Samtlige sykehus importerer hornhinner fra USA. Det er bare Oslo universitetssykehus som opererer med en andel hornhinner som høstes lokalt. Andelen er foreløpig lav.

Helsedirektoratet vil i samarbeid med fagmiljøet utarbeide informasjon til publikum og til helsepersonell som skal innhente samtykke fra pårørende.

Fagnettverk – Huntingtons sykdom

Utfordringene når det gjelder pleie- og omsorgstjenester til pasienter med Huntingtons sykdom (HS) er store. Sykdommen er langsomt progredierende, behov for tjenester endres stadig og strekker seg ofte over mange år. Det arbeides med å styrke kompetansen når det gjelder pleie og omsorg og kommunal tilrettelegging for pasienter med HS.

NKS Kløverinstitusjoner AS fikk i oppdrag å utarbeide en handlingsplan for etablering av fagnettverk for kompetanse på kommunal tilrettelegging for pleie- og omsorgstjenester til pasienter med HS. Dette ble gjort i samarbeid med Landsforeningen for Huntingtons sykdom, Senter for sjeldne diagnoser og NKS Olaviken. Helsedirektoratet har mottatt forslag til handlingsplan våren 2010 og skal drøfte forslaget med Helse Sør-Øst RHF, som eier Senter for sjeldne diagnoser.

For å beholde og videreutvikle kunnskap på området, synes det nødvendig med enheter med døgnkontinuerlig pasientansvar. I større kommuner eller gjennom interkommunalt samarbeid, kan det være mulig å bygge opp slike enheter. Videre støtte til utvikling av et fagnettverk for HS kan være en pådriver for at kommuner velger slike løsninger, og således være et viktig bidrag for å lykkes med å styrke tilbudet til denne pasientgruppen. Det foreslås at midlene videreføres i 2011.

Diabetesstrategien

Diabetesstrategien er videreført til og med 2011. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av strategien.

Diabeteslinjen

Diabeteslinjen er et informasjonstilbud drevet av Diabetesforbundet, rettet mot pasienter med diabetes og deres pårørende. Tilbudet har som formål å drive rådgivning, veiledning og støtte til mennesker med diabetes. Tjenesten er tilgjengelig på telefon og internett. Diabeteslinjen skal være et lett tilgjengelig informasjonstilbud med høy faglig kvalitet til alle som har spørsmål om diabetes. Stortinget bevilget 1 mill. kroner til drift av diabeteslinjen i 2010. Midlene foreslås videreført.

Motivasjonsgrupper

Diabetesforbundet utdanner ledere til motivasjonsgrupper. Lederne skal blant annet motivere pasienter som lever med diabetes til å leve sunnere og mestre hverdagen med diabetes. Kosthold, fysisk aktivitet og erfaringsutveksling er pilarer i gruppene som møtes regelmessig over en lengre tidsperiode. Siden oppstarten i 2007 og per juni 2009 er det utdannet 145 igangsettere. I 2008 og 2009 har om lag 1000 personer deltatt på motivasjonskurs. Undersøkelser viser at de som har vært på kurs beveger seg mer og spiser oftere frukt og grønt. De føler også at de mestrer sin diabetes bedre. Stortinget bevilget i 2010 0,5 mill. kroner til utdanning av ledere til motivasjonsgruppene i regi av Diabetesforbundet. Tiltaket foreslås videreført i 2011.

Nasjonal strategi for kreftområdet

Kreftstrategien er besluttet videreført ut 2011. Det britiske helsedepartementet har tatt initiativ til et International Cancer Benchmarking Partnership som er en sammenliknende evaluering av kreftomsorgen i flere europeiske land. Det er besluttet at Norge deltar i denne evalueringen, som et ledd i evalueringen av Nasjonal strategi for kreftområdet.

Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling

Gjennom arbeidet med nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling skal alle kreftpasienter i Norge sikres likeverdig behandling av

god kvalitet uavhengig av bosted. I samarbeid med fagmiljøene og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal Helsedirektoratet lage nasjonale handlingsprogrammer og behandlingsstandarder for de fleste kreftformene, og foreslå en ordning for systematiske faglige vurderinger av nye behandlingsmetoder. Prosjektets endemål er å oppnå nasjonale handlingsprogrammer som jevnlig oppdateres og forbedres av fagmiljøene i samarbeid med sentrale myndigheter.

Det er utarbeidet handlingsprogrammer med nasjonale faglige retningslinjer på områdene maligne lymfomer og prostatakreft. Det er igangsatt arbeid med nasjonale retningslinjer på områdene lungekreft, testiskreft, gynekologisk kreft, hode-/halskreft, sarkomkreft, maligne melanomer, thyroideakreft, blærekreft, tykk- og endetarmskreft og kreft hos barn. Det pågår også utarbeidelse av en veileder om sykepleie i kreftomsorgen.

Det er i 2010 startet opp utarbeidelse av handlingsprogrammer med nasjonale faglige retningslinjer på områdene myelomatose, leukemi og neuroendokrine svulster (CNS). I 2010 er det planlagt oppdatering/revisjon av handlingsprogram for nyrekreft, palliativ behandling, brystkreft, maligne lymfomer, øsofaguskreft og ventrikkelkreft.

Pilotprosjekt screening for kreft i tykk- og endetarm

Det foreslås å sette i gang et pilotprosjekt i 2011 for screening av tykk- og endetarmskreft i aldersgruppen. Det vises til nærmere omtale under kap. 732 Regionale helseforetak, post 70, Særskilte tilskudd.

Kreftlinjen

Kreftlinjen er et informasjonstilbud, primært rettet mot kreftpasienter og deres pårørende, som driftes av Kreftforeningen. Tilbudet har som formål å drive rådgivning, veiledning og støtte til mennesker som er rammet av eller har spørsmål om kreft. Kreftlinjen har videre et tett samarbeid med, og gir faglig bistand til Kreftforeningens 12 tilsluttede pasientforeninger. De som kontakter Kreftlinjen kan også få bistand fra Kreftforeningens sosionomer og jurister/advokater ved behov, som en del av Kreftforeningens rettighetstjeneste. Stortinget bevilget 0,5 mill. kroner til kreftlinjen i 2010. Midlene foreslås videreført i 2011.

Onkologiske faggrupper

De onkologiske faggruppene organiserer legespesialistene innen de enkelte kreftformene. Fag-

gruppene samler, vurderer og behandler forskningsinformasjon om de enkelte kreftformene. Dette formidles til de regionale helseforetakene og bidrar til lik behandling i Norge. Det danner også grunnlaget for de faglige anbefalingene som gjennom handlingsprogrammene utgis som nasjo-

nale faglige retningslinjer. De onkologiske faggruppene gjennomfører forskning og skriver faglige artikler som bidrar til kunnskapsspredning nasjonalt og internasjonalt. Bevilgningen på 1 mill. kroner foreslås videreført.

Kap. 782 Helseregistre

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
21	Spesielle driftsutgifter		16 000	16 149
70	Tilskudd		32 000	32 992
	Sum kap. 782		48 000	49 141

Nasjonale helseregistre er nødvendige for helseovervåkning, forskning, kvalitetssikring og forbedring av helsetjenesten, samt at de utgjør en sentral del av forskningens infrastruktur. Vi har i dag 15 sentrale helseregistre, bl.a. Dødsårsaksregisteret og Medisinsk fødselsregister som er forankret i Nasjonalt folkehelseinstitutt, Norsk pasientregister i Helsedirektoratet, samt Kreftregisteret som er forankret i Helse Sør-Øst RHF. Det er vedtatt å opprette et nasjonalt register over hjerte- og karlidelser. Hjerte- og karsykdom er vår største folkesykdom, men vi har liten kunnskap om utbredelsen av sykkelighet som følge av hjerte- og karsykdom.

I tillegg har vi 19 medisinske kvalitetsregistre som har status som nasjonale. De medisinske kvalitetsregistre er forankret i helseforetaksstrukturen. Helse- og omsorgsdepartementet beslutter opprettelse av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det er et mål å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor viktige fagområder.

Opplysningene i flere av de sentrale helseregistrene er til dels ufullstendige, og mange av registrene ligger flere år på etterskudd i registreringene. Det er store variasjoner i kvaliteten på dataene, og det er krevende å koble informasjonen fra ulike helseregistre sammen. Infrastrukturen er umoderne, og feltet har ikke fulgt med i den teknologiske utviklingen. Svakheterne ved f.eks. oppdatering av Dødsårsaksregisteret ble påpekt av Riksrevisjonen ved en kontroll i 2007. Et etterslep på inntil 18 måneder fra dødstidspunkt til data er tilgjengelig for publisering av statistikk og utlevering til andre formål gjør at det ikke er mulig å overvåke dødeligheten i befolkningen løpende. Dette legger begrensninger på registerets nytte både for kvalitetsarbeid i helsetjenesten og til

forskning. Tilsvarende utfordringer har vi for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene.

Regjeringen har sett behov for en samlet gjennomgang av de nasjonale helseregistrene med sikte på økt utnyttning, bedre kvalitet og mer sikker håndtering av data for forskning, kvalitetsforbedring og helseovervåkning. Strategi og handlingsplan for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre har vært på høring i 2010. Det er foreslått en langsiktig nasjonal strategi og en toårig handlingsplan for videreutvikling av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og de sentrale helseregistrene. Strategi og handlingsplan vil bli fastsatt i løpet av 2010. Som en del av helseregisterprosjektet vil det bli vurdert å opprette et sentralt helseregister knyttet til primærhelsetjenesten. Det vises for øvrig til omtale under kap. 762 Primærhelsetjenester.

Det vises til Innst. 338 S (2009–2010) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om intern kryptering av sentrale helseregistre, og Stortingets behandling av saken 17. juni 2010 der helse- og omsorgsministeren orienterte om at alle de sentrale helseregistrene var internt kryptert med unntak av Dødsårsaksregisteret. Det gjenstående arbeidet med intern kryptering av Dødsårsaksregisteret vil bli fullført i løpet av 2010. Videre har Forsvarets helseregister nå tatt i bruk en teknisk løsning som Forsvarsdepartementet mener tilfredsstiller lovkravet til intern kryptering. Det vil framover bli arbeidet med ytterligere forbedring og effektivisering av krypteringsløsningene.

Helseregisterloven § 8 tredje ledd oppstiller et krav om at direkte personidentifiserende kjennetegn skal lagres kryptert i nærmere angitte sen-

trale helseregistre. Det vil bli lagt fram et lovfor-
slag om forståelsen av dette kravet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Nettverk for nasjonale medisinske
kvalitetsregistre og sentrale helseregistre.

For å sikre nasjonal samordning på helseregister-
feltet fikk Helsedirektoratet i 2009 i oppdrag å eta-
blere et nasjonalt nettverk for nasjonale medisinske
kvalitetsregistre og sentrale helseregistre
med deltakelse fra sentrale aktører på registerom-
rådet. Nettverk for kvalitets- og helseregisterfeltet
ble etablert i 2009, med sekretariat i Helsedirekto-
ratet, og er en viktig arena for å sikre samordning
mellom kvalitetsregistre og sentrale helseregis-
tre. Helsedirektoratet fikk 1 mill. kroner til å iva-
reta sine oppgaver på kvalitetsregisterområdet i
2010. Midlene foreslås videreført i 2011.

Sentrale helseregistre

Bevilgningen skal videre bidra til videreutvikling
av de sentrale helseregistrene. Midlene forvaltes
av Nasjonalt folkehelseinstitutt i tråd med Nasjo-
nalt helseregisterprosjekt, og skal bl.a. bidra til
felles teknologiske løsninger, styrket personvern
og felles analysekapasitet. I 2010 har følgende pro-
sjekter vært særlig prioritert: Nasjonalt hjerte- og
karregister, elektronisk Dødsårsaksregister, tek-
nologiske løsninger for intern kryptering av regis-
trene og videreutvikling av Norsk pasientregister.

Samlet foreslås det bevilget 16,1 mill. kroner i
2011.

Post 70 Tilskudd

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

De regionale helseforetakene har ansvar for at de
nasjonale medisinske kvalitetsregistrene etable-

res, driftes og finansieres, og har ansvar for å
sikre bedre utnyttelse av data og sikrere drift
gjennom samordning og utvikling av felles infra-
struktur. I 2009 ble det godkjent sju nasjonale
medisinske kvalitetsregistre i overensstemmelse
med føringene som ble lagt i 2009. I alt 19 medi-
sinske kvalitetsregistre har nå fått status som
nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvali-
tetsregistre ble i 2009 etablert i Helse Nord RHF
ved Senter for klinisk dokumentasjon og evalue-
ring (SKDE). Helse Midt-Norge RHF har ansvar
for å utvikle felles tekniske løsninger for nasjonale
medisinske kvalitetsregistre. De regionale helse-
foretakene har etablert en interregional styrings-
gruppe for medisinske kvalitetsregistre. Det er
etablert samarbeid mellom de regionale helse-
foretakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helse-
direktoratet med sikte på samordning mellom na-
sjonale medisinske kvalitetsregistre og øvrige
sentrale helseregistre. Helsedirektoratet har i
samarbeid med de regionale helseforetakene utar-
beidet forslag til kriterier/krav til nasjonale medi-
sinske kvalitetsregistre. Kriteriene er brukt som
utgangspunkt for en gjennomgang av eksisteren-
de medisinske kvalitetsregistre. I 2010 har det
vært lagt vekt på å utrede register for særskilte
kostnadskrevende biologiske legemidler for be-
handling av autoimmune lidelser. Utvikling av
registre pågår kontinuerlig.

Bevilgningen på 33,0 mill. kroner foreslås vide-
reført i 2011 med samme fordelingsnøkkel som i
2010. Videreutviklingen av kvalitetsregisterområ-
det inngår i Nasjonalt helseregisterprosjekt. Det
vises også til omtale av nasjonale medisinske kva-
litetsregistre innledningsvis på kap. 732 Regionale
helseforetak.

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2011
		2009	Saldert budsjett 2010	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>		2 023	26 242
61	Turnustjeneste		143 037	122 728
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		22 766	28 178
	Sum kap. 783		167 826	177 148

Følgende bevilgninger foreslås flyttet:

- 19,4 mill. kroner fra post 61 til post 21
- 5,2 mill. kroner fra post 61 til post 79

Helsetjenesten er personellintensiv kunnskapsvirksomhet. Helsepersonellet utgjør om lag to tredjedeler av den samlede ressursinnsatsen og utgjør derfor den største innsatsfaktoren i helsetjenesten. Antall årsverk i helse- og omsorgstjenesten er om lag 230 000, hvorav om lag 123 000 i den kommunale omsorgstjenesten, om lag 10 000 i kommunehelsetjenesten og om lag 110 000 i spesialisthelsetjenesten. I den kommunale omsorgssektoren er om lag en tredel av årsverkene personell uten relevant fagutdanning, såkalte «ufaglærte».

Et viktig mål for å sikre kvalitet og møte framtidens utfordringer er å rekruttere og beholde personell. Dette gjør seg spesielt gjeldende i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og utdanningsmyndighetenes politikk på området og tjenestenes egne tiltak består av mange aktører og etablerte systemer regulert i lover og forskrifter, finansiering, forvaltningsmessig organisering, internasjonalt regelverk og avtaler.

Kompetanse opparbeides gjennom det formelle utdanningssystemet og videreutvikles i tjenestene. Tiltak for bruk av tilgjengelige personellressurser vil bli vurdert av departementet. Nasjonal Helseplan (2007–2010) viser til dimensjonering av og innhold i utdanningene samt fordeling av personell som viktige temaer. Utdanning og rekruttering av personell til helse- og omsorgssektoren er et viktig tema også når Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) utarbeides.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 573, 12. juni 2001:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjeneste/supplerings-tjeneste f.eks. ved idretts og kulturarrangementer og ulike redningsaksjoner.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 43 (1999–2000), jf. Innst. S. nr. 300 (2000–2001).

Helse- og omsorgsdepartementet mottok desember 2008 en rapport om frivillige organisasjoner og ambulansetjenesten. Rapporten understreker at det er viktig at kvalitetskravene i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ikke undergraves ved at det åpnes for at noen kan

foreta ambulanseoppdrag uten å oppfylle forskriftens krav til kompetanse.

Departementet ser det som ønskelig å legge til rette for en helhetlig båretransporttjeneste, med for eksempel akuttambulansse, beredskapsbiler og helsetransportbiler, av god kvalitet og med god tilgjengelighet. Nytt EU-direktiv 2007/46/EF om godkjenning av kjøretøy har, sammen med stadig økende transport av ulike kategorier bårpasienter og behovet for å tilrettelegge for at frivillige organisasjoner fortsatt skal kunne spille en viktig rolle, gjort det nødvendig med en gjennomgang av dagens transport av bårpasienter. Departementet har i tildelingsbrevet for 2010 bedt Helsedirektoratet om å foreslå nasjonale krav til ambulanserbiler og vurdere behov for endringer i relevant regelverk, herunder Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Frist for foreløpig innspill er satt til 1. oktober 2010.

Vedtak nr. 475, 16. juni 2009:

«Stortinget ber Regjeringen om å sikre pasientens rett til at personsensitive helseopplysninger ikke formidles i påhør av andre, blant annet under legevistiter.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument nr. 8:70 (2008–2009), jf. Innst. S. nr. 296 (2008–2009).

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å utarbeide et rundskriv for helsepersonell og helsetjenesten slik at taushetsplikten, personvernet og den enkeltes personlige integritet blir ivaretatt ved ytelse av helsehjelp og ved helsepersonells informasjon og kommunikasjon med pasienten.

Helsedirektoratet har utarbeidet rundskriv IS-6/2010 Helsepersonells taushetsplikt.

Vedtak nr. 476, 16. juni 2009:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for opplærings- og holdningsskapende tiltak for at taushetsplikten skal etterleves, eksempelvis som del av kvalitetssikringsarbeidet i helseforetakene.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument nr. 8:70 (2008–2009), jf. Innst. S. nr. 296 (2008–2009).

Det vises til omtale under vedtak nr. 475. Videre ble forslag til forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre sendt på høring 10. mai 2010 med høringsfrist 10. september 2010. Det følger av forskriftsforslaget at virk-

somheter som tar i bruk behandlingsrettede helseregistre, skal sørge for at systemene som tas i bruk sikrer forsvarlig informasjonssikkerhet. Virksomhetens ledelse skal sørge for at personalet gis nødvendig opplæring og informasjon, slik at informasjonssikkerheten, herunder taushetsplikten, kan ivaretas.

Vedtak nr. 556, 19. juni 2009:

«Stortinget ber Regjeringen legge fram en egen sak om organisering og vilkår for den framtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 83 (2008–2009), jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009).

Saken følges opp langs flere akser. Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrevet for 2010 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utforme og etablere en ny spesialistgodkjenningsordning for leger, tannleger og optikere. I dette arbeidet er berørte yrkesorganisasjoner invitert til et samarbeid. Det legges opp til at Helsedirektoratet vil kunne overta saksbehandlingen av enkeltsøknader om spesialistgodkjenning fra og med september 2011.

Departementet har startet arbeidet med å vurdere ordningene med utdanning av spesialister i helsevesenet. Departementet har i vår tatt initiativ til en bredt sammensatt prosjektgruppe som har foretatt en foreløpig bred og overordnet gjennomgang av området. Et sentralt spørsmål er hvilke roller berørte aktører skal ha i organisering av spesialistutdanninger. Her legges det i utgangspunktet til grunn en videreutvikling og forbedring innenfor gjeldende modell. Andre sentrale spørsmål er om andre personellgrupper skal omfattes av en offentlig spesialistgodkjenning, og behov for rådgivende organer knyttet til spesialistutdanningene. Området er omfattende og komplekst, hvor blant annet administrative og økonomiske konsekvenser av eventuell omlegging må vurderes. Arbeidet vil bli fulgt opp i kommende periode, og departementet vil komme tilbake til Stortinget på eget måte.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For å få et klarere skille mellom midler til statlige driftsutgifter og tilskuddsmidler, er bevilgningen delt mellom post 21 og post 79, Andre tilskudd. Det er gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 79. Det foreslås bevilget 26,2 mill. kroner over post 21.

Post 61 Turnustjeneste

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for å organisere turnustjeneste for leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopedingeniører.

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidater til selvstendighet i yrket. Fullført turnustjeneste er nødvendig for å få autorisasjon. Formålet med tilskuddsordningene er å sikre god kvalitet på turnustjenesten, herunder god veiledning og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene. Tilskuddsordningen skal også bidra til å videreutvikle og kvalitets sikre de overordnede rammene for turnustjenesten.

For leger er det obligatorisk med først ett års turnustjeneste i sykehus, deretter et halvt år i kommunehelsetjenesten. For fysioterapeuter er det obligatorisk med et halvt års turnustjeneste i sykehus og et halvt år i kommunehelsetjenesten. For kiropraktorer er det ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Som en oppfølging av forslag i St.meld. nr. 25 (2005–2006), er det fra 1. januar 2010 innført obligatorisk turnustjeneste i sykehjem for turnusleger. Turnustjeneste i sykehus er finansiert over kap. 732, post 70.

I 2009 ble det utstedt 900 turnuslisenser for medisinske kandidater og 229 turnuslisenser for fysioterapeutkandidater. Kommuner som i 2009 hadde avtale om å ta imot turnuslege får i 2010 et etterskuddsvis tilskudd på 120 000 kroner per turnuslege. Tilskuddet skal sikre god veiledning og kompensere for en del av kommunenes kostnader i forbindelse med turnustjenesten. Det var i overkant av 250 fysioterapeutkandidater i turnustjeneste i 2009. Kommuner som mottar fysioterapeutkandidater tildeles fastlønnstilskudd for kandidaten etter forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten. Privatpraktiserende kiropraktorer som tar i mot turnuskandidat gis et tilskudd på 27 500 kroner per år. Formålet med dette tilskuddet er blant annet å gi kompensasjon/godtgjørelse for kostnader i forbindelse med veiledningsoppgavene. Statens tilskudd var om lag 0,75 mill. kroner i 2009.

I 2010 vil antall turnusplasser for både leger og fysioterapeuter holde seg på samme nivå som i 2009. Det forventes en viss økning i antall turnusleger og turnusfysioterapeuter i 2011. For kiropraktorer ser vi en liten økning fra 2009 til 2010.

Det foreslås bevilget 122,7 mill. kroner i 2011.

Post 79 Andre tilskudd

Posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter innenfor bevilgningsforslaget på 28,2 mill. kroner i 2011. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert innenfor postene 21 og 79.

Turnustjeneste – utviklingsarbeid, kurs og veiledning, reise- og flytteutgifter mv

Helsedirektoratet har i 2009 og 2010 foretatt en gjennomgang av turnustjenesten for leger. Rapporten «Nybyrjarstilling for legar» ble sendt på en bredt anlagt høring i mars 2010. Høringen er nå gjennomført, og Helsedirektoratets endelige forslag er oversendt departementet. Forslaget innebærer til dels betydelige endringer. Departementet har saken til vurdering.

Forsøk med direkte tildeling av turnusplasser i Finnmark startet opp høsten 2009 og går over tre år. Ut fra gode erfaringer med turnustjeneste for leger i kommunen, har Fylkesmannen i Finnmark samarbeidet med Helse Finnmark HF om en forsøksordning med gruppebasert veiledning av turnusleger i sykehus. Utprøvingen kom i gang høsten 2009 og varer ut 2010. En samlet gjennomgang av tidligere og nåværende forsøk for gruppebasert veiledning i sykehus vil utarbeides når prosjektet i Finnmark er avsluttet.

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF fikk høsten 2008 ansvar for å gjennomføre et tidsbegrenset prosjekt med tredelt turnustjeneste for leger med seks måneder indremedisin, tre måneder kirurgi og tre måneder psykisk helsevern. De første erfaringene vil foreligge i slutten av 2010 og vil bli vurdert sammen med andre erfaringer med tredelt turnustjeneste.

Tilskuddet omfatter også kurs i trygdefaglige emner for manuellterapeuter og kiropraktorer som er obligatorisk for å inneha rettigheter til f.eks. å sykmelde pasienter i inntil 12 uker. Tiltaket foreslås videreført i 2011.

Fra 1. januar 2006 ble det innført krav om minst tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor nasjonal trygdeordning. Krav om tre års veiledet tjeneste følger av EØS-avtalen og forskrift. Det gis tilskudd til kommuner for å dekke kostnader til veiledning, og til obligatoriske kurs som ledd i ordningen. I 2009 var 285 allmennleger omfattet av ordningen. Hvor mange leger som årlig har behov for veiledet tjeneste, avhenger av kvalifikasjon og yrkeserfaring hos de legene som søker arbeid som fastlege. Det ble i 2009 utbetalt

tilskudd til veiledning på om lag 9,7 mill. kroner. Tiltaket er videreført i 2010 og foreslås videreført i 2011. Det forventes en økning i antall leger som gjennomfører veiledet tjeneste.

Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for turnuskandidater og turnusveiledere for å sikre en god kvalitet på turnustjenesten. Dette gjelder turnustjeneste for leger og fysioterapeuter i kommune- og i spesialisthelsetjenesten og omfatter blant annet kurs i legevaktmedisin.

Tilskudd til reise- og flytteutgifter for turnuskandidater ytes etter regelverk for refusjon innenfor gjeldende budsjetteamme. Distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges. Tiltaket foreslås videreført i 2011.

Helsemod

Statistisk sentralbyrå samarbeider med helsemyndighetene i å forvalte og utvikle en modell for framskrivninger av arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell (Helsemod). Framskrivningene benyttes blant annet som grunnlag for beslutninger om dimensjonering av utdanningsplasser innen helse- og sosialfagene. Helsemod utarbeides med 2–3 års mellomrom. Siste versjon ble publisert i 2009.

Modellen er videreutviklet i 2008, justert i 2009 og 2010 blant annet som følge av økning med 880 plasser i opptakskapasiteten ved universitet og høyskoler fra høsten 2009. Det gjøres beregninger med alternative forutsetninger for vekst i etterspørsel, endret personellsammensetning og en sterkere prioritering av primærhelsetjenesten.

Beregninger viser at det først og fremst er helsefagarbeidere som vil kunne komme i underkudd fram mot 2020. Personellbehovene må ses i sammenheng med Kompetanseløftet 2015 som er handlingsplanen for personell og kompetanse i Omsorgsplan 2015 og ambisjonene i Samhandlingsreformen. Det er behov for å vurdere en utvidelse av beregningsmodellen. Tilskuddet foreslås videreført i 2011.

Helsepersonellregisteret (HPR) – utvikling, integrering og kvalitetssikring

HPR eies av Helsedirektoratet, brukes av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og driftes av Statens helsetilsyn. Registeret brukes til stadig nye formål som krever endrede dataløsninger, bl.a. integrasjon med andre IT-baserte helse-tjenestesystemer. Detaljerte, ajourførte og kvalitetssikrede data om helsepersonells offentlige godkjenninger er en forutsetning for å ta i bruk

elektronisk signering og formidling av resepter og sykmeldinger og for å utløse refusjoner og ytelser fra Nav. Rekvireringsrettigheter stiller økte krav om opplysninger om spesialkompetanse. Det arbeides med å utvikle gode digitaliserte saksbehandlingsløsninger for søkere om autorisasjon og andre godkjenninger ved nettbaserte løsninger for søknad og innbetaling av gebyrer mv.

HPR har i lang tid vært basert på manuelle rutiner for distribusjon av uttrekk av data på faste media og e-post til aktuelle aktører i helsetjenesten. Det er arbeidet med løsninger basert på distribusjon av HPR i Norsk Helsenet med oppdateringer hvert døgn.

Det er etablert et mindre prosjekt for gjennomføringen av ny løsning i løpet av 2010 med de regionale helseforetakene som førstebrukere. Helsemyndighetene har i samarbeid med SAFH og Helsetilsynet startet arbeidet med et forprosjekt for videreutvikling av HPR. I forprosjektet skal nåværende og framtidig bruk av HPR kartlegges som grunnlag for krav til funksjonalitet og tekniske løsninger i hovedprosjektet. Det tas sikte på å gjennomføre hovedprosjektet med ny plattform, forbedrede integrasjonsløsninger og nettbasert portal mot søkere og brukere i løpet av to år. Det vil kreves betydelig IT-utvikling og testing. Det foreslås å øke bevilgningen over kap. 783, post 21, med 0,9 mill. kroner til formålet.

Ny hjemmelsdatabase for legestillinger

Helsemyndighetene skal i samarbeid med de regionale helseforetakene utvikle en ny løsning for databasen for hjemlede legestillinger i spesialisthelsetjenesten (NR-register). Den nye versjonen skal baseres på helseforetakenes lønns- og personalsystem. Databasen skal benyttes som saksbehandlingsverktøy for tildeling av legehjemler og beslutningsgrunnlag for dimensjonering av leger i spesialisering. Systemet må ivareta myndighetenes behov for overordnet nasjonal styring og fungere som et styringsverktøy for de regionale helseforetakene og deres helseforetak. Videreføring av nåværende databaseløsning og rapporteringspraksis opprettholdes inntil ny løsning er operativ i alle helseregionene.

Utviklingsarbeidet startet i 2008 og er videreført i 2009. Arbeidet er komplisert bl.a. fordi de regionale helseforetakene har ulike lønns- og personalsystemer. Avtale om utvikling og drift av ny databaseløsning ble inngått med leverandør i slutten av 2009. Løsningene blir sett i sammenheng med at Helsemyndighetene fra 2011, etter endring av Helsepersonellovens § 53 i 2009, overtar oppgaven

med behandling av enkeltsøknader om spesialistgodkjenning.

Den nye databaseløsningen vil bli testet og være i drift i løpet av året. På grunn av planlagte anskaffelser (Helse Nord) og innføring av nye lønns- og personalsystemer (Helse Sør-Øst) vil integrasjonsløsninger mellom fagsystemene i de regionale helseforetakene og den nye databasen ikke være operativ før i 2012. Inntil slike løsninger foreligger, blir data lagt inn manuelt av helseforetakene i en ny webløsning. Tilskuddet foreslås videreført i 2011.

Tilskudd til godkjenning av helsepersonell utdannet i utlandet

Helsemyndighetene har ansvar for å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og ferdighet til å utøve sitt yrke på en forsvarlig måte. Offentlig godkjenning i form av autorisasjon og lisens kan gis til helsepersonell som oppfyller bestemte krav til teoretisk og praktisk kunnskap og kyndighet. Gjennom dette bidrar helsepersonellovens autorisasjonsordning til å ivareta hensynet til pasientsikkerhet og befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

Helsepersonell utdannet i et annet land innen EU/EØS-området er regulert gjennom internasjonale avtaler. For helsepersonell utdannet utenfor EU/EØS-området må det foretas en individuell og konkret vurdering av om lovens krav til autorisasjon eller lisens er oppfylt. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) vurderer framlagt dokumentasjon på utdanning og yrkeserfaring. Før vedtak fattes, kan det innhentes sakkynndig uttalelse i saken. Leger utdannet utenfor EU/EØS-området kan, om nødvendig, tilbys å framstille seg for en test som ledd i vurderingen av om de har nødvendig kyndighet. Denne testen tilbys i dag ved Universitetet i Oslo på oppdrag av helsemyndighetene.

En egen forskrift har et tilleggskrav om kurs i nasjonale fag for fem helsepersonellgrupper (lege, tannlege, farmasøyt, sykepleier og hjelpepleier). Slike kurs tilbys ved universitet og høyskoler på oppdrag av helsemyndighetene, av Oslo kommune og noen private organisasjoner.

I 2009 innledet flere medisinske fakultet et samarbeid om kurs i nasjonale fag for leger. Universitetet i Bergen innarbeider kurs i nasjonale fag i sitt kvalifiseringsprogram for tannleger. Universitetet i Oslo arrangerte kurs for farmasøyer. Fem høyskoler arrangerte kurs for sykepleiere. Oslo kommune og Norske kvinner sanitetsforening arrangerte kurs for hjelpepleiere, der også helsefagarbeidere deltok.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 67 (2008–2009) ble det gitt en ekstrabevilgning på 4,5 mill. kroner til nasjonale fag. Dette er videreført i 2010 og 2011 som ledd i en omlegging til et bedre testsystem og kurstilbud.

Helsemyndighetene igangsatte i 2008 en gjennomgang av godkjenningsprosedyrer og kvalifiseringstiltak for helsepersonell utdannet i utlandet med tanke på å foreslå en omlegging av dagens system i løpet av 2011. Dette arbeidet er videreført i 2009 og vil avsluttes i 2010.

Gode vurderinger ved søknad om autorisasjon og lisens av helsepersonell med utdanning fra utenfor EU/EØS-området er svært krevende. I 2010 har helsemyndighetene sammen med utdanningsmyndighetene avklart lovgrunnlaget for ordninger med testing av slikt personell. En kartlegging av dagens godkjenningssystem i Norge og enkelte andre land er bestilt av Helsedirektoratet og blir lagt fram i 2010.

Tilskuddet foreslås videreført i 2011.

Alternativ behandling

Formålet med tilskuddsordningen er å sørge for kvalitetssikret informasjon som kan øke kunnskapen om bruk og effekt av alternativ behandling og bidra til profesjonalitet blant utøverne og sikkerhet for brukerne. Tilskuddet utgjør i 2010 til sammen 12,5 mill. kroner og omfatter registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregisterene (Altbas), Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam), Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (Nifab), samt Norge-Kina samarbeidet innen alternativ behandling som ivaretas av Nafkam.

Brønnøysundregisterene har siden 2004 hatt ansvaret for å utvikle og drifte registersystemet Altbas for alternative behandlere av sykdom. Drift av registeret er hjemlet i forskrift og registeret skal bidra til økt pasientsikkerhet og forbrukerrettigheter for dem som oppsøker en registrert alternativ behandler, samt bidra til seriøsitet og forretningsmessig ordnede forhold.

Nafkams mål er å gi forståelse av hva alternativ medisin som system eller konkrete alternativmedisinske metoder kan bidra med for å redusere og/eller forkorte sykdommer eller sykdomsopplevelser, bedre livskvalitet og øke evnen til mestring av sykdomssituasjoner.

Nifab er organisatorisk lagt inn under Nafkam og skal gi kunnskapsbasert og kvalitetssikret informasjon om alternativ behandling.

Forskningen ved Nafkam spenner vidt og flere artikler er publisert internasjonalt. Undervisningsaktivitetene ved Nafkam har i 2009, som tidligere år, fokusert på grunnutdanning for medisinstudentene i Tromsø, farmasistudenter og videreutdanning for kreftsykepleiere og enkeltstående undervisningsoppdrag i forbindelse med videre- og etterutdanning av helsepersonell og alternative behandlere. Nafkam har i 2009 fortsatt å markere seg internasjonalt. Våren 2010 arrangerte de den største årlige internasjonale forskningskonferansen innen alternativ og komplementær behandling. Det arbeides også med oppbyggingen av register over eksepsjonelle sykdomsforløp.

I 2009 ble det etablert et bredt sammensatt fagråd for Nafkam og Nifab. Nifab fikk i 2009 kritikk for uklar og misvisende informasjon om alternativ behandling. Flere av disse forholdene skal være rettet opp. Øvrige forhold følges opp i tråd med anvisninger fra Helsedirektoratet.

Saborg ble selvfinansiert fra 2010, jf. Prop. 1 S (2009–2010). Saborg har arbeidet med å innskjerpe kravene til Registeret for alternativ behandling under Brønnøysundregisterene, blant annet ved å knytte konkrete utdanningskrav til godkjenning av utøverorganisasjoner og utarbeidelse av forslag til en felles fagplan for vitenskapslære, etikk, kommunikasjon og samfunnslære (veks-fag) innen alternative helsefaglige utdanninger. Målet er å bidra til økt pasientsikkerhet og ivareta studenters og behandleres interesser. Saborg har også arbeidet for økt profesjonalisering og styrket pasientsikkerhet ved opprettelse av et felles klageorgan som skal være overordnet organisasjonene.

Etterspørselen etter registreringsordningen har tatt seg noe opp. Dette kan sees i sammenheng med innføringen av momsfristaksordningen for alternative behandlere som er registrert i Brønnsundregisterene.

Tilskuddet foreslås videreført i 2011.

Spesialistgodkjenning av helsepersonell

Stortinget i fattet i juni 2009 vedtak om å endre Helsepersonellovens § 53. Endringen innebærer at godkjenning av nye spesialister ikke lenger kan delegeres til private yrkesorganisasjoner. Oppgaven er regulert i forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell som i dag gjelder optikere, tannleger og leger. Fra høsten 2011 vil Helsedirektoratet overta oppgaven med å behandle og godkjenne søknader om spesialistgodkjenning. Oppgaven er kort omtalt under kap. 720 Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet etablerte i 2009 et spesialistgodkjenningsprosjekt og startet planleggingen av den nye oppgaven. I samarbeid med Norges optikerforbund, Den norske tannlegeforening og Den norske legeforening, er det utarbeidet oversikter over oppgavens innhold, omfang, kostnader og ressursbruk.

Samlet tilsvarende de tre gruppene om lag 1500 spesialistgodkjenninger årlig. Beregninger fra yrkesorganisasjonene tilsier at søkertallet vil øke i de nærmeste årene som følge av økt mobilitet i arbeidsmarkedet internasjonalt.

Optikere har én offentlig godkjent spesialitet i kontaktlinsetilpasning basert på et halvt års utdanning ved Høgskolen i Buskerud. Godkjenning gis på grunnlag av bestått eksamen. Norges Optikerforbund har en spesialistgodkjenningskomité som behandler søknadene og tildeler spesialistgodkjenning. Det godkjennes om lag 50 spesialister hvert år, de aller fleste med norsk eksamen. Søknadsbehandlingen er ikke gebyrbelagt.

Tannleger har sju offentlig godkjente spesialiteter. Spesialistutdanning for tannleger er en fulltidsutdanning på 3–5 år, avhengig av spesialitet. Utdanningen foregår fortrinnsvis ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø, og er i begrenset grad desentralisert ved regionale odontologiske kompetansesentre. Godkjenning gis på grunnlag av bestått eksamen. Søknad om godkjenning behandles av Den norske tannlegeforenings spesialistkomité, og godkjenningsvedtak fattes av hovedstyret to ganger årlig. Det godkjennes 20–25 nye spesialister med norsk utdanning hvert år, og i tillegg minst like mange med utdanning fra utlandet. Søknadsbehandlingen er gebyrbelagt.

Leger har 44 offentlig godkjente spesialiteter, 41 av disse er sykehusbaserte. Spesialistutdanning tar 5–7 år, avhengig av spesialitet. Godkjenning gis på grunnlag av dokumentasjon på at kravene til klinisk tjeneste og kursdeltakelse er til-

fredsstilt. Søknad om godkjenning behandles av Den norske legeforenings spesialitetskomiteer og administrasjon, og godkjenningsvedtak fattes av sentralstyret. Saksbehandlingen omfattet i 2008 om lag 3000 saker, og det ble gitt 998 nye spesialistgodkjenninger. Av disse var 428 overføring av utenlandske spesialistgodkjenninger i samsvar med EØS-reglene og Nordisk overenskomst på området. I tillegg ble det gitt 433 godkjenninger som resertifisering av spesialister i allmenne medisin som kreves hvert femte år. Søknadsbehandlingen er ikke gebyrbelagt.

Helsedirektoratet har gjennomført en kartlegging av framtidig ressursbruk ved overtakelse av spesialistgodkjenning for optikere, tannleger og leger. Fra oppstart høsten 2011 er det beregnet personellressurser omtrent på samme nivå som ved dagens ordning. Behovet for regelendringer og forenklinger vil bli vurdert. Helsedirektoratet starter i 2010 et forprosjekt for å utvikle et elektronisk saksbehandlingsverktøy som vil kunne forenkle og kvalitetssikre saksbehandlingen. Det tas sikte på at lovendringen trer i kraft når helsemyndighetene overtar forvaltningsoppgaven. Det legges til grunn at det innføres et gebyr for leger og tannleger.

Kostnadene til ordningen er anslått til 11 mill. kroner for 2011. Beløpet fordeles på 3,9 mill. kroner til utvikling av elektronisk saksbehandlingsverktøy, 7,1 mill. kroner til driftsutgifter, jf. kap. 720, post 01, og gebyrinntekter 1,0 mill. kroner, jf. kap. 3720, post 04.

Departementet gjør oppmerksom på at deler av spesialistgodkjenningsoppgaven er finansiert gjennom årlige avsetninger til legeforeningens utdanningsfond. Det vil være naturlig å avkorte disse avsetningene allerede i 2011.

Det foreslås å øke bevilgningen over kap. 783, post 21, med 3,9 mill. kroner.

Programområde 30 Stønad ved helsetjenester

Folketrygdens stønad ved helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad ved helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

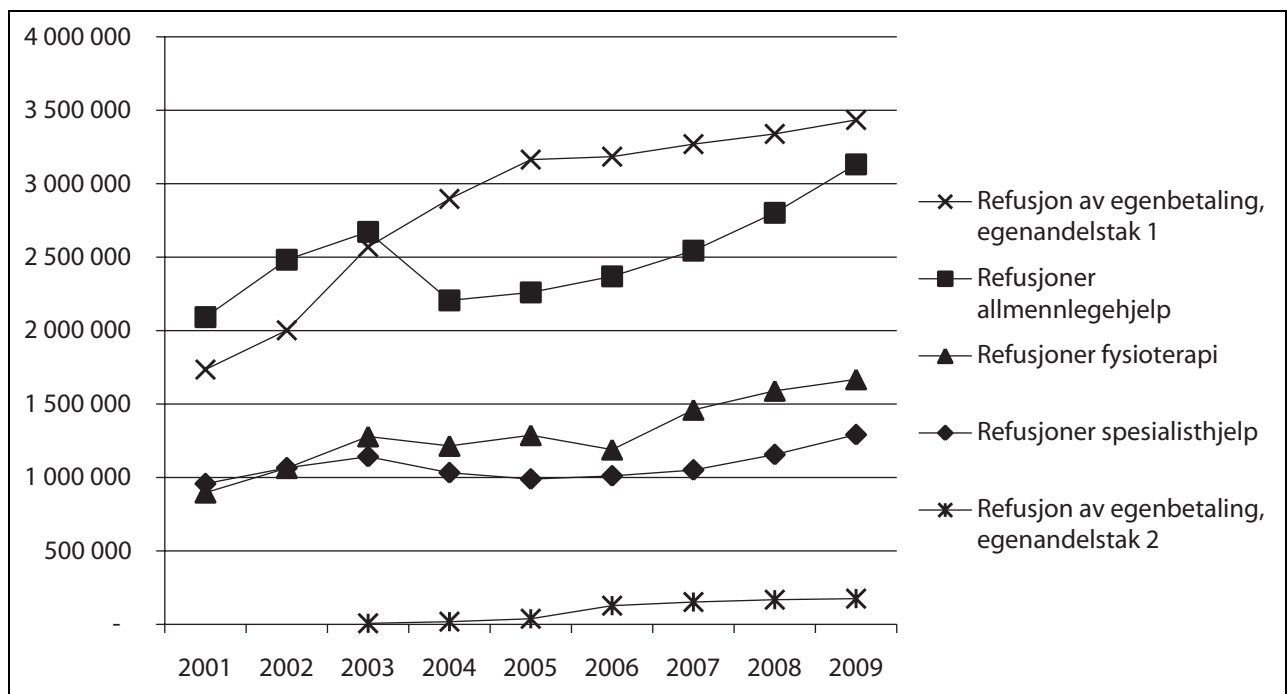
Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og de regionale helseforetakene for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler. Refusjonstakstene for lege-, fysioterapi- og psykologtjenester blir fastsatt i de årlige takstopp-gjørene.

Trygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til bl.a. private laboratorier og røntgeninstitutt, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I kommunehelsetjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester.

Legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept finansieres av folketrygden og pasientene.

Over bidragsordningen gis det støtte til dekning av utgifter til enkelte helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Saksbehandlingen og utbetalingen av refusjoner foregår i Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Helfo er en egen organisatorisk og administrativ enhet underlagt Helsedirektoratet og er en leverandør av tjenester til behandlerne og befolkningen.

Utviklingstrekk



Figur 5.5 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelstakordningene i perioden 2001–2009 (beløp i 1000 kroner)

Refusjon legetjenester

Utgifter til allmennlegehjelp omfatter fastleger, legevakt og avsetning til fond. Refusjoner til allmennleger har økt fra 2 092 mill. kroner i 2001 til 3 131 mill. kroner i 2009, tilsvarende en nominell vekst på 49,7 pst. Nedgangen i refusjonsutgifter fra 2003 til 2004 skyldes dels overføring av legeerklæringer til daværende Arbeids- og sosialdepartementet og dels egenandelsøkninger som motsvares av reduserte refusjonstakster, jf. figur 5.5.

Det vises også til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

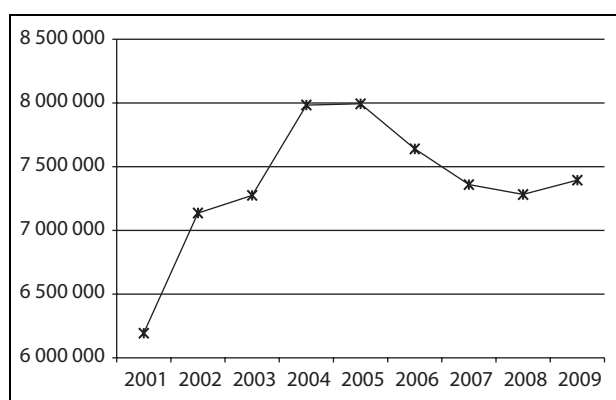
Refusjoner til spesialisthjelp har økt fra 958 mill. kroner i 2001 til 1 291 mill. kroner i 2009. Dette tilsvarer en nominell vekst på 34,8 pst. for hele perioden, jf. figur 5.5.

Refusjon fysioterapi

Utgifter til fysioterapi omfatter i hovedsak fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene og avsetning til fond. Folketrygdens utgifter til fysioterapi økte i perioden 2001 til 2009 fra 896 mill. kroner til 1 668 mill. kroner. Dette tilsvarer en nominell vekst på 86,2 pst. Fra 2006 til 2009 har utgiftene økt med 478 mill. kroner, eller 40,2 pst. Dette viser at det har vært en stor volumvekst i tjenesten, jf. figur 5.5.

Det vises også til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Refusjon legemidler på blå resept



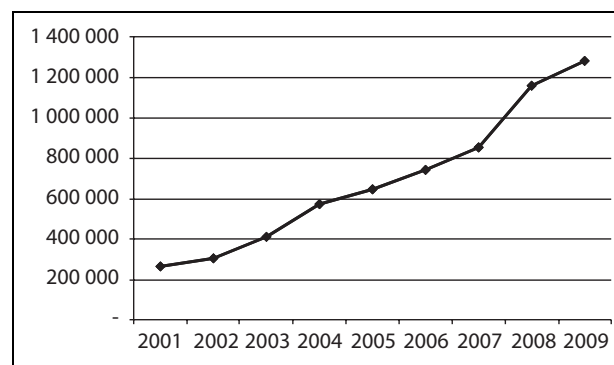
Figur 5.6 Folketrygdens utgifter til legemidler i perioden 2001–2009 (beløp i 1000 kroner)

I perioden 2001 til 2004 økte folketrygdens utgifter til legemidler under blåreseptordningen fra 6,2 mrd. kroner til om lag 8 mrd. kroner, jf. figur 5.6. Dette tilsvarer en nominell vekst på 29 pst. Trygdens utgifter ble redusert fra 8,0 mrd. kroner i 2005 til 7,3 mrd. kroner i 2008. Dette hadde sam-

menheng med at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for finansiering av enkelte legemidler. Dette gjelder TNF-hemmere som ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2006 (392 mill. kroner) og 2007 (320 mill. kroner), og MS-legemidler som ble overført til de regionale helseforetakene i 2008 (259 mill. kroner). Videre ble det i 2007 overført legemidler fra refusjon etter bidragsordningen til forhåndsgodkjent refusjon og individuell refusjon (255 mill. kroner). Korrigert for disse overføringene har utgiftene vært stabile fra 2005 til 2008. Fra 2008 til 2009 økte utgiftene med 1,5 pst., jf. omtale under kap. 2751, post 70.

Det vises også til omtale under programkategori 10.50 Legemidler.

Refusjon tannlegehjelp



Figur 5.7 Refusjoner til tannlegehjelp for perioden 2001–2009 (beløp i 1000 kroner).

Utgifter til tannbehandling omfatter stønad til undersøkelse og behandling ved angitte diagnoser og behandlingsformer. Utgiftene til tannlegehjelp økte fra 265 mill. kroner i 2001 til 1 282 mill. kroner i 2009, jf. figur 5.7. Økningen fra 2008 til 2009 utgjorde 10,6 pst. Økningen fra 2001 til 2007 skyldes i stor grad innføring av nye stønadsordninger. I forbindelse med innføring av egenandels-tak 2 i 2003 økte stønaden til behandling av periodontitt og sykdommer i munn og kjeve betydelig. Stønad til rehabilitering i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt ble innført i oktober 2003. Ved innføringen av denne ordningen ble det anslått at om lag 5000 pasienter årlig ville ha behov for slik behandling. Data fra 2008 viser at det er utbetalt stønad til over 15 000 pasienter for slik behandling (de fleste i aldersgruppen 50–79 år). Fra 2008 til 2009 økte utbetalingene til refusjon for rehabilitering som følge av periodontitt med 10 mill. kroner, det vil si 5,3 pst. De nye stønadsordningene, sammen med prisjustering og volumvekst, forklarer det meste av økningen fra

2001 til 2007. En del av økningen på 305 mill. kroner fra 2007 til 2008 skyldes flytting av stønadsordning fra kap. 2790, post 70, med 120 mill. kroner til kap. 2711, post 72, i kombinasjon med opphevelse av krav til forhåndsgodkjenning. Forenkling av regelverk og takster fra og med 2008 har ført til at et økende antall brukere har benyttet stønadsordningene.

Det vises også til omtale under kap. 10.70 Tannhelse.

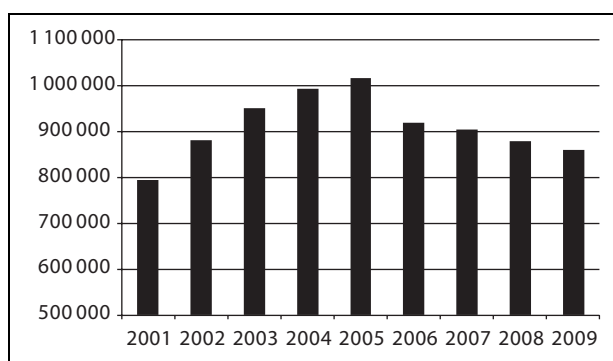
Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Egenandelstak 1 omfatter:

- undersøkelse og behandling hos lege, psykolog, i poliklinikk, i laboratorier og i røntgeninstitutt
- reise i forbindelse med undersøkelse og behandling
- viktige legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept

For 2010 er utgiftstaket 1840 kroner. Når årlige utgifter når opp i 1840 kroner, har brukeren rett til frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter fullt ut av folketrygden. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

Fra 2001 til 2009 har utgiftene over egenandelstak 1 nesten blitt fordoblet fra 1 735 mill. kroner til 3 434 mill. kroner, jf. figur 5.5. Utgiftsveksten var sterk til og med 2005, deretter har den vært mer moderat. Stabiliteten de siste fire årene har sammenheng med at økningen i egenandeler og tak stort sett har tilsvart hverandre.



Figur 5.8 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2001–2009

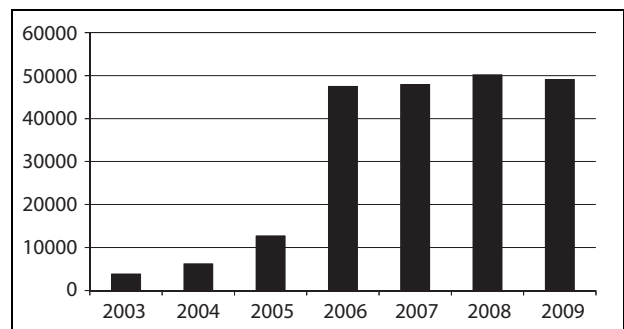
Egenandelstaket økte mindre enn egenandelene i perioden 2001–2005. De fire siste årene har antall frikort gått noe ned. I 2009 ble det utstedt 858 000 frikort, 20 000 færre frikort enn i 2008, en nedgang på 2,3 pst., jf. figur 5.8.

Tall fra 2008 viser at 879 000 brukere fikk frikort, herav 437 000 alders- og uførepensjonister hvorav 85 000 med minstepensjon. Ved utgangen av 2008 var det totalt 938 000 alders- og uførepensjonister i Norge, og 47 pst. av disse mottok frikort. 415 000 av frikortmottakerne i 2008 var i arbeidfør alder, 17–69 år, og hadde arbeidsinntekt i 2007. Tilsvarende var det 2 914 000 personer i arbeidfør alder med arbeidsinntekt i Norge i 2007. Kun 14 pst. av de arbeidføre med inntekt mottok dermed frikort.

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Egenandelstak 2 ble innført i 2003 og omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser)



Figur 5.9 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2003–2009

Utgiftene til egenandelstak 2 viser en økning siden innføringen i 2003. Egenandelstaket ble satt ned fra 4500 kroner i 2004 til 2500 kroner i 2006. Dette forklarer økningen i utgiftene under ordningen i 2006, og den sterke veksten i antall frikortmottakere samme år. I de siste fire årene har utgiftsveksten vært mer moderat. Fra 2008 til 2009 økte utgiftene med 4,2 pst. fra 168 mill. kroner til 175 mill. kroner, jf. figur 5.5.

Antall frikort gikk ned med 2,2 pst. fra 2008 til 2009. Dette tilsvarer 1108 frikort. Antall frikortmottakere har økt fra 3800 i 2003 til 49 100 i 2009, jf. figur 5.9. I forbindelse med at taket ble redusert til 2500 kroner i 2006, økte antall frikortmottakere med 34 800. Antall utstedte frikort har vært forholdsvis stabilt de siste fire årene. 59 pst. av de som oppnår frikort under tak 2-ordningen, oppnår også frikort under tak 1-ordningen.

Økt kommunalt finansieringsansvar for fysioterapitjenestene

Stortinget har ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Innst. S. nr. 11 (2008–2009), sluttet seg til at kommunenes finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten skal økes. Denne endringen vil gi et større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for tjenesten. De kommunale driftstilskuddenes andel av fysioterapeutenes inntekt/omsetning skal samlet sett økes mens refusjonstakstene fra folketrygden reduseres tilsvarende. Omleggingen skal være kostnadsnøytral for staten og kommunene samlet. Omleggingen startet 1. juli 2009 med 25 pst., og kommunene fikk i 2009 og 2010 økte overføringer via rammetilskuddet som dekket merutgifter ved driftstilskuddsøkningen. Ved takstforhandlingene mellom staten/KS og Norsk Fysioterapeutforbund våren 2010 ble det fastsatt at nye 25 pst. av omleggingen skulle foretas i avtaleåret 2010/2011. Dette utgjør 117,2 mill. kroner for hele 2011. Kommunene vil da også i 2011 få overført midler som dekker merutgifter ved at driftstilskuddet økes. Disse midlene vil, som foregående år, bli fordelt etter antall årsverk avtalefysioterapeuter i kommunene, hentet fra Kostra-rapporteringen for 2009.

Fra og med 2012 vil disse midlene bli fordelt etter helsenøkkelen i kommunenes rammetilskudd.

Fra avtaleåret 2011/2012 skal omleggingen videreføres, og det vil bli overført ytterligere midler fra folketrygden til kommunene for annet halvår 2011. Dette vil regjeringen komme tilbake til.

Det forutsettes at kommunene ved oppretting av nye hjemler dimensjonerer disse til kommunens behov for fysioterapitjenester. I utgangspunktet skal avtalehjemler være 100 pst. av et fullt årsverk. Det er kun i de tilfeller hvor kommunen har behov for deltidshjemler at slike skal opprettes.

Det vises også til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Automatisk frikortordning

Etter en vellykket pilot i Tromsø fra 1. januar 2010 ble automatisk frikort innført nasjonalt fra 1. juni 2010. 2010 er et overgangsår hvor brukerne selv må sende informasjon om betalte egenandeler for pasientreiser med rekvisisjon til Pasientreiser ANS for registrering. For de øvrige tjenestene under tak 1-ordningen blir egenandelsopplysnin-

gene sendt inn direkte fra samhandlerne til Helfo. For 2011 legges det opp til at ordningen blir helt automatisk ved at informasjonen om alle egenandeler innhentes av Helfo og frikort sendes til pasientene når egenandelstaket er nådd.

Samtidig med innføring av automatisk frikort ble ansvaret for frikortordningene overført fra Nav til Helsedirektoratet/Helfo. I Tromsø skjedde dette 1. januar, i resten av landet fant overføringen sted 1. juni.

Behandling i utlandet

Det vises til budsjettproposisjonen for 2010 der det ble varslet en ny refusjonsordning for helsehjelp i andre EØS-land, jf. Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) og Innst. O. nr. 134 (2008–2009). Den nye refusjonsordningen er vedtatt etablert i folketrygdloven ny § 5-24a om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i et annet EØS-land etter nærmere regler i forskrift. Utkast til forskrift har vært på høring og skal etter planen fastsettes høsten 2010. Det tas sikte på at refusjonsordningen settes i verk fra 1. januar 2011.

Ordningen vil gi norske pasienter større valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelp i Norge eller andre EØS-land. Refusjonsordningen skal gjelde det EU-domstolen karakteriserer som «ikke-sykehusbehandling», det vil i første rekke si helsehjelp utenfor sykehus. Ordningen vil likevel omfatte helsehjelp som mottas på sykehus uten overnatting eller behov for ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling. Refusjon skal gis for helsehjelp som pasienten ville fått på det offentliges bekostning (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår.

Ordningen skal administreres av Helsedirektoratet (Helfo). Det legges opp til at pasienten selv må betale alle utgifter til behandlingen, og deretter kreve refusjon fra Helfo, jf. omtale under kap. 720, post 01. Helfo skal belaste folketrygden for utgiftene til behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannlegehjelp ved sykdom samt blåreseptordningen. Helfo skal sende krav om dekning av utgiftene for allmennlege-, fysioterapi-, jordmor- og tannhelsehjelp som i Norges ytes av den offentlige tannhelsetjenesten, samt spesialisthelsetjenester (f.eks. helsehjelp hos legespesialist og psykolog, prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier samt radiologiske undersøkelser og behandling) som regnes som ikke-sykehusbehandling, til hhv. kommune, fylkeskommunene og regionale helseforetak. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra

staten (bl.a. ISF-refusjon og stønad fra folketrygden) for helsehjelp som pasienter får under denne ordningen. Det forvaltningsnivå som har sørgefor-ansvaret for den aktuelle tjenestetypen må derfor fullt ut dekke utgiftene innenfor basisbevilgning/frie inntekter.

Som følge av den nye forskriften foreslås det følgende i statsbudsjettet 2011:

- Opprettelse av en ny post under kap. 720, post 70, Refusjon helsehjelp i utlandet og en ny inntektspost under kap. 3720, post 03, Inntekter refusjon helsehjelp i utlandet.

- Flytting av 50 mill. kroner fra kap. 2711, post 72, Tannlegehjelp til nytt kap. 2756, post 70, Helsehjelp i utlandet.
- Flytting av 22,1 mill. kroner fra kap. 2790, post 70, til rammetilskuddet til kommunene, kap. 571, post 60.

–

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	3 114 024	3 212 000	3 430 200	6,8
	Sum kategori 30.10	3 114 024	3 212 000	3 430 200	6,8

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
70-89	Andre overføringer	3 114 024	3 212 000	3 430 200	6,8
	Sum kategori 30.10	3 114 024	3 212 000	3 430 200	6,8

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	
70	Spesialisthjelp	1 291 486	1 288 000	1 434 200	
71	Psykologhjelp	178 970	172 000	199 000	
72	Tannlegehjelp	1 282 719	1 380 000	1 396 000	
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	360 849	372 000	401 000	
	Sum kap. 2711	3 114 024	3 212 000	3 430 200	

Post 70 Spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i medhold av folketrygdloven § 5-4, jf. omtale under kap. 2755, post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved

sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Tjenestene til avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra de regionale helseforetakene, trygderefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Denne utgjør differansen mellom

legens honorar og trygdens refusjonsbeløp. I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- behandling av barn under 16 år og ved psyko-terapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer

Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette framgår av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

Egenandelene ble oppjustert med 4,0 pst. fra 1. juli 2010. Refusjonstakstene ble redusert tilsvarende.

Tabell 5.26 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister 2008 og 2009 (mill. kroner)

	Regnskap 2008	Regnskap 2009	Endring i pst.
Spesialister med avtale	1 142	1 278	11,9
Spesialister uten avtale	14	14	0,0
Sum kap. 2711 post 70	1 156	1 291	11,8

De regnskapsførte utgiftene på post 70 økte nominelt fra 1 156 mill. kroner i 2008 til 1 292 mill. kroner i 2009. Dette tilsvarer en vekst på 11,8 pst.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjoner og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres, f.eks. gjennom flere konsultasjoner. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er

brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjoner og egenandeler.

Utgiftsveksten i 2009 skyldes en antatt volumvekst på knapt 8,0 pst., samt økte refusjoner til privatpraktiserende spesialister som følge av de årlige takstforhandlingene om normaltariffen for leger. Den anslåtte utgiftsveksten i 2010 legger til grunn en volumvekst på om lag 4,0 pst. Takstoppgjøret våren 2010 ga et tillegg per 1. juli på 6,3 pst. Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2011 en volumvekst på 4,0 pst. for privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.

Tabell 5.27 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2008–2011 (mill. kroner)

	Regnskap 2008	Regnskap 2009	Saldert Budsjett 2010	Budsjett 2011
Sum kap. 2711 post 70	1 156	1 291	1 288	1 434
Volumvekst (anslag)	5 pst.	8 pst.	4 pst.	4 pst.

Det skal settes i gang et prøveprosjekt som gir gynekologer med driftsavtale adgang til å tilby medikamentelt utført svangerskapsavbrudd. Det vises til nærmere omtale i innledningen til kap. 732, postene 72–75.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2010 er innarbeidet. Det vises til områdeomtalen for beskrivelse av resultatet av forhandlingene.

Post 71 Psykologhjelp

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende spesialist i klinisk psykologi dekkes etter forskrift gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-7. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege eller fra leder ved barne-

vernsadministrasjon. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster. Dette innebærer vanligvis at pasienten må betale en egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former

for krisepsykologisk behandling er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Egenandelene ble oppjustert med 4 pst. fra 1. juli 2010. Refusjonstakstene ble redusert tilsvarende.

Tabell 5.28 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2008 og 2009 (mill. kroner)

	2008	2009	Endring i pst.
Psykologer med avtale	154,8	161,5	4,3
Psykologer uten avtale	11,7	16,0	36,8
Avsetning til fond	1,3	1,5	15,4
Sum kap. 2711, post 71	167,8	179,0	6,7

De regnskapsførte utgiftene over post 71 økte nominelt fra 168 mill. kroner i 2008 til 179 mill. kroner i 2009. Utgiftsveksten i 2009 skyldes bl.a. en antatt volumvekst på om lag 3 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2010 er innarbeidet. Det vises til områdeomtalen for beskrivelse av resultatet av forhandlingene.

Post 72 Tannlegehjelp

Utgifter til tannlegehjelp dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven § 5-6.

Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling som utføres av tannlege ved angitte diagnoser. Dette gjelder bl.a. sjeldne medisinske tilstander, sykdommer og anomalier i munn og kjeve, periodontitt, rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt, bitt-anomalier og tannutviklingsforstyrrelser. Stønadsordningen omfatter også allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer, tannskade ved ulykke og ved manglende evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne. Egenandeler ved enkelte stønadsberet-

tigede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71.

Folketrygden gir refusjon etter departementets honorartakster ved behandling hos tannlege for yrkesskade som går inn under folketrygdloven kap. 13.

Med grunnlag i Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) er det vedtatt at det i folketrygdloven etableres en ny § 5-24a om stønad til dekning av utgifter til helse-tjenester i et annet EØS-land etter regler i forskrift. Ved krav om refusjon for tannbehandling i utlandet legges statens til en hver tid fastsatte honorartakster og refusjonsbeløp til grunn. Den samlede egenbetalingen varierer med tannlegens prissetting, mens egenandelen (differansen mellom honorartakst og refusjonsbeløp) holdes konstant. Ved behandling i utlandet der tannlegen krever lavere honorartakst enn den som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, reduseres refusjonsbeløpet tilsvarende. Det tas sikte på at refusjonsordningen settes i verk fra 1. januar 2011. Det vises til generell omtale under programområde 30.

Det anslås et omfang på 50 mill. kroner for refusjon av kostnader for tannbehandling i utlandet.

Tabell 5.29 Regnskapsførte utgifter refusjon tannlegehjelp 2008 og 2009 (mill. kroner)

	2008	2009	Endring i pst.
Tannlegehjelp	1 160	1 283	10,6

Utgiftene til refusjon tannlegehjelp økte fra 2008 til 2009 med 123 mill. kroner, eller en økning på 10,6 pst. Den største økningen på om lag 12,0 pst., var knyttet til behandling som tidligere lå under bidragsordningen. På periodontittområdet samlet

sett var økningen 7,7 pst., mens utgifter til tannregulering økte med 6,4 pst. Fra 1. januar 2009 ble det gjort endringer i honorartakster og stønadsordningen ved behandling av periodontitt og ved rehabilitering ved tanntap som følge av marginal

periodontitt. Endringene ble innrettet slik at stønadsordningene bedre kom de med størst behov for behandling til gode. De fleste honorartakster ble justert med fra 2,0 til 4,0 pst.

Per 1. september 2010 hadde om lag 3000 tannleger etablert direkteoppgjør med Helfo. I løpet av det siste året har to leverandører av elektroniske pasientjournaler oppgradert sine systemer slik at de ivaretar kravene til informasjonssikkerhet og til elektronisk oppgjør med Helfo. I begynnelsen av september har om lag 70 tannleger bestilt oppkobling til Nasjonalt helsenet, slik at krav til refusjon kan sendes elektronisk over linje. Ved direkteoppgjør betaler pasienten offentlig egenandel og tannlegens mellomlegg (tannlegene har fri prissetting som tidligere), mens tannlegen får refusjonen utbetalt direkte fra Helfo basert på samleregninger.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås at honorartakstene for tannbehandling i hovedsak justeres med 3,1 pst. fra 1. januar 2011, med lik prosentfordeling på refusjoner og egenandeler. Når det gjelder refusjon til tannbehandling som følge av patologisk tap av tannemalje/tannsubstans ved attrisjon (tanngnisning), erosjon (syreopløsning) eller hyposalivasjon (munntørrhet), foreslås det at refusjonsbeløpene reduseres fra 75 til 70 pst. av honorartakst. Dette vil gi en reduksjon i utgifter på om lag 14 mill. kroner i 2011 (om lag 8,5 pst. av utbetalingene i 2009). Videre foreslås enkelte begrensninger i bruk av takster og i takstnivå knyttet til kjeveortopedisk behandling (tannregulering). Dette utgjør om lag 10 mill. kroner (tilsvarer om lag 2 pst. av utgifter til kjeveortopedisk behandling). Det foreslås også at refusjoner til operasjoner i munn/kjever reduseres med 5 mill. kroner (om lag 4 pst. av utbetalingene i 2009).

Samlet utgjør disse endringene en reduksjon på 29 mill. kroner. Det vises til forslag under kap. 770 om styrking av tannhelsefeltet. Videre foreslås det som følge av en ny forskrift for refusjon for utgifter til tannbehandling i utlandet å flytte 50 mill. kroner fra kap. 2711, post 72, til nytt kap. 2756, post 70, Helsehjelp i utlandet. Til sammen reduseres kap. 2711, post 72, med 79 mill. kroner.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester som et supplement og korrektiv til det statlige tilbudet. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av departementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling på grunn av sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier og røntgeninstitutt ytes etter fastsatt regelverk.

Det er en målsetting at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Etter folketrygdloven § 5-5 ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Det kan likevel kreves trygderefusjon utover de eventuelle volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor. Undersøkelser ved røntgeninstitutt må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Egenandelene ble oppjustert med 4 pst. fra 1. juli 2010. Refusjonstakstene ble redusert tilsvarende.

Tabell 5.30 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2008–2009 (mill. kroner)

Spesialitet/år	2008	2009	Endring i pst.
Laboratorium	177	199	12,4
Røntgen	173	162	-6,4
Total	350	361	3,1

De regnskapsførte utgiftene på post 76 er redusert de senere årene. Dette følger særlig av at det i 2005 og 2008 er flyttet midler fra folketrygden til regionale helseforetaks basisbevilgninger. Disse

flyttingene har vært begrunnet med at de regionale helseforetakene skal få økt ansvar og bedre mulighet til å planlegge og prioritere det samlede tilbudet av laboratorie- og radiologitjenester innen

egen helseregion, samt at den aktivitetsbaserte delen av finansieringen (refusjon og egenandel) i gjennomsnitt skal utgjøre 40 pst. av kostnadene.

Det skal innføres en ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi fra 1. januar 2012. Ordningen vil baseres på aktivitetsregistrering gjennom et nyutviklet kodeverk. Den nye ordningen vil omfatte både offentlige og private virksomheter. Det legges opp til en videreføring av dagens finansiering som består av aktivitetsbasert refusjon inklusiv egenandeler og medfinansiering gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Beregningen av de ulike refusjonssatsene vil foretas

med bakgrunn i kostnadsdata fra et utvalg helseforetak. Foreløpige refusjonssatser vil bli publisert primo 2011. De endelige satsene fastsettes i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2012.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å øke behandlingsskapasiteten innenfor poliklinisk radiologiske undersøkelser. Det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75. Kap. 2711, post 76, foreslås styrket med 11 mill. kroner.

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
2751	Legemidler mv.	8 726 243	9 319 500	9 436 000	1,3
2752	Refusjon av egenbetaling	3 609 270	4 001 400	4 143 206	3,5
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	5 254 249	5 303 200	5 761 100	8,6
2756	Helsehjelp i utlandet			50 000	
	Sum kategori 30.50	17 589 762	18 624 100	19 390 306	4,1

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	230 000	230 000	283 000	23,0
70-89	Andre overføringer	17 359 762	18 394 100	19 107 306	3,9
	Sum kategori 30.50	17 589 762	18 624 100	19 390 306	4,1

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
70	Legemidler	7 394 315	7 913 500	7 910 000
71	Legeerklæringer		11 000	11 000
72	Medisinsk forbruksmateriell	1 331 928	1 395 000	1 515 000
	Sum kap. 2751	8 726 243	9 319 500	9 436 000

Bevilgningen omfatter blåreseptordningen, som omfatter både post 70 Legemidler og post 72 Medisinsk forbruksmateriell (tidligere Sykepleieartikler). I tillegg omfatter kapitlet post 71 Legeerklæringer.

Post 70 Legemidler

Se omtale under programkategori 10.50 om mål for legemiddelområdet.

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsaklig etter folketrygdloven § 5-14 med tilhørende forskrift (blåreseptforskriften). Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er, eller kan bli, nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse framgår av blåreseptforskriften §§ 2 og 4, jf. legemiddelforskriften § 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntre straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen, jf. blåreseptforskriften § 3. For reseptpliktige legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det med visse unntak søkes utgiftsdekning gjennom folketrygdloven § 5-22 (bidragsordningen), jf. kap. 2790, post 70.

Statens legemiddelverk fatter vedtak i saker hvor legemiddelfirmaene har søkt om å få et legemiddel godkjent for forhåndsgodkjent refusjon. Departementet er klageinstans. En særskilt nemnd, Blåreseptnemnda, bistår Legemiddelverket med å kvalitetssikre det faglige beslutningsgrunnlaget som legges til grunn i avgjørelsen av om et legemiddel skal godkjennes for refusjon etter § 2 i viktige saker.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet og fremmet forslag til nytt system for refusjon av legemidler etter individuell søknad innenfor blåreseptordningen. Hensikten med forslaget er å få et mer helhetlig system for folketrygdens støtteordninger for legemidler. Forslaget omfatter ulike sider ved refusjonssystemet, og kostnadssiden knyttet til disse er vanskelig å anslå. Departementet vil arbeide videre med forslaget før saken evt. fremmes for Stortinget.

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 38 pst., men maksimalt 520 kroner per ekspedisjon for legemidler på blå resept.

Legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen (egenandelstak 1), som er nærmere omtalt i kap. 2752, post 70. Egenandelstak 1 innebærer at pasientens årlige utgifter knyttet til legehjelp (inkludert laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, enkelte polikliniske konsultasjo-

ner, viktige legemidler og medisinsk forbruksmaterieell samt pasientreiser samlet ikke skal overstige 1840 kroner i 2010. Ytterligere utgifter dekkes fullt ut av folketrygden.

Barn under 16 år og minstepensjonister betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling i henhold til blåreseptforskriften § 8.

Alderspensjonister over 67 år som har særtilllegg, regnes i dag som minstepensjonist. Fra 2011 innføres et nytt alderspensjonssystem som medfører endring i dagens definisjoner av minstepensjonist. Det legges til grunn dagens ordning med fritak for egenandel på blåreseptekspedisjoner videreføres. Dette vil bli fulgt opp gjennom nødvendig endring i regelverk.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler på blå resept var 7,4 mrd. kroner i 2009. Fra 2008 til 2009 økte utgiftene med 1,5 pst., mot en gjennomsnittlig reduksjon på 2,2 pst. per år i perioden 2005–2008. Det vises til nærmere omtale i innledningen under programområde 30.

For å sikre lavest mulig pris på legemidler fastsettes det årlig en maksimal utsalgspris lik gjennomsnittet av de tre billigste av ni land i Vest-Europa. For å utnytte konkurransen i markedet for byttbare legemidler ble trinnprissystemet innført i 2005. Årlig tas nye legemidler opp i dette systemet som per 1. mai 2010 omfattet totalt 60 virkestoff.

Norge har lave legemiddelpriser, jf. omtale under kap. 750. Likevel har legemiddelutgiftene over dette kapitlet hatt en viss vekst siste år, og regnskapstall fra første halvår 2010 tyder på en fortsatt moderat økning.

Kontroll av legenes etterlevelse av blåreseptforskriften

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo), Helsedirektoratets ytre etat, foretar kontroller av legenes forskrivning på blå resept. I 2009 ble det kontrollert over 3000 forskrivninger fra nesten like mange leger. Kontrollene viser fortsatt at etterlevelsen bør bedres. Gjennom ny blåreseptforskrift, innføring av elektronisk refusjonsliste og bedret informasjon har refusjonsvilkårene blitt lettere tilgjengelig for legene. Forventningen er at dette på sikt vil føre til en lavere andel regelverksbrudd.

Revurdering av refusjonsstatus

Legemiddelverket revurderte i 2009 forhåndsgodkjent refusjon for blodtrykksenkende legemidler i refusjonslisten, og det ble innført foretrukne legemidler fra 1. januar 2010. Tiltaket er i hovedsak basert på Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer og har bred støtte i fagmiljøene. Vilåret om at tiazider skal være førstevalg ved ukomplisert hypertensjon ble samtidig opphevet. Tiltaket fjernet ikke noen legemidler fra forhåndsgodkjent refusjon, men innførte vilkår om at de foretrukne legemidlene skal forsøkes først ved oppstart og endring av behandling.

Ordningen med foretrukket legemiddel ble innført juni 2005 og har vist seg å være et effektivt virkemiddel for å oppnå kostnadseffektiv forskrivning. Legemiddelgruppene statiner, triptaner, protonpumpehemmere og blodtrykksenkende legemidler er i dag omfattet av ordningen. Salgstall viser at forbruksmønsteret endres mot de foretrukne preparatene, og at tendensen øker og vedvarer over tid. Mer enn 90 pst. av alle nye pasienter som har behov for kolesterolsenkende legemidler, får i dag forskrevet et foretrukket legemiddel.

Etter Legemiddelverkets vurdering er det for tiden ingen relevante store legemiddelgrupper der refusjonsstatus bør gjennomgås. Det vil likevel være aktuelt å gjøre justeringer for enkeltlegemidler, dersom det kommer ny dokumentasjon på effekt, sikkerhet eller pris.

Legemiddelverket arbeider med å forenkle, harmonisere og standardisere refusjonsvilkår. En

rekke mindre endringer er blitt gjennomført de siste årene. Arbeidet med å klargjøre refusjonssystemet og få vesentlige vilkår tydeligere fram i legenes journalsystemer vil fortsette.

Post 71 Legeerklæringer

Ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4. Bevilgningen omfatter midler til å honorere leger som fyller ut søknad om individuell refusjon av legemidler på blå resept på vegne av pasienter. Legeerklæringstakstene fastsettes ensidig av staten, og er ikke gjenstand for forhandlinger.

Post 72 Medisinsk forbruksmateriell

Bevilgningen omfatter utgifter til spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende pasientgruppene er diabetikere, stomipasienter (framlagt tarm) og pasienter med urininkontinens (urinlekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler også egenandel etter samme regler som for legemidler, se omtale under post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir levert av apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 1 332 mill. kroner i 2009, mot 1 209 mill. kroner i 2008, en økning på 10,2 pst.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
70	Egenandelstak 1	3 434 097	3 818 400	3 948 700
71	Egenandelstak 2	175 173	183 000	194 506
	Sum kap. 2752	3 609 270	4 001 400	4 143 206

Post 70 Egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder utgifter til legehjelp (inkludert laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, viktige legemidler på blå

resept og medisinsk forbruksmateriell samt pasientreiser. Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret.

Det vises til omtale under programområde 30.

Automatisk frikort

Automatisk frikort ble innført fra 1. juni 2010. Ansvaret for frikortordningene ble samtidig over-

ført fra Nav til Helsedirektoratet ved Helseøkonomiforvaltningen, Helfo.

Utviklingstrekk

Tabell 5.31 Utgifter dekket over egenandelstak 1 2008 og 2009

	Regnskap	Regnskap	(i mill. kr)
	2008	2009	Endring, pst. 2008–2009
Legehjelp	1 644,7	1 716,8	4,0
Psykologhjelp	98,6	99,0	0,3
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 079,4	1 123,2	4,1
Pasientreiser	514,5	495,9	-3,6
I alt	3 337,2	3 434,1	2,9

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 3 337,2 mill. kroner i 2008 til 3 434,1 mill. kroner i 2009, som er 2,9 pst.

Egenandelstaket økte fra 1780 kroner i 2009 til 1840 kroner i 2010.

Det vises til omtale under programområde 30.

I 2009 ble det utstedt 858 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket. Egenandelene og taket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av Prop. 1 S.

Langt de fleste refusjonskravene som går inn under egenandelstak 1 sendes nå inn elektronisk over linje. Av legene leverer om lag 60 pst. elektronisk over linje (per juli 2010). Dette utgjør om lag 75 pst. av regningene som ble sendt inn over linje. Om lag 3 pst. av refusjonsutbetalingene på legeområdet kommer fra papirregninger. Resten leveres på cd eller diskett.

I dag sender om lag 3 pst. av psykologene oppgjør elektronisk over linje. Om lag 39 pst. sender oppgjørene på cd eller diskett og resten leverer papirregninger.

Merknad til budsjettforslaget

Egenandelstak 1 foreslås om lag prisjustert med 40 kroner fra 1840 kroner til 1880 kroner, som samlet svarer til 38 mill. kroner. Øvrige egenandeler knyttet til helsetjenester foreslås uendret.

Post 71 Egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført 1. januar 2003. Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser)

Personer som i løpet av året har betalt egenandeler for de aktuelle tjenestene opp til utgiftstaket, får utstedt frikort som gir rett til refusjon etter honorartakster av utgifter til disse tjenestene resten av kalenderåret.

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 168 mill. kroner i 2008 til 175 mill. kroner i 2009, som er 4,2 pst.

I 2009 ble det utstedt 49 102 frikort, en nedgang på 1108 frikort fra 2008 til 2009.

Tall fra 2008 viser at 32,1 pst. av frikortmottakerne er alders- og uførepensjonister. Om lag 59 pst. av de som oppnådde frikort i tak 2-ordningen oppnådde også frikort under tak 1 i 2008. Dette omfattet om lag 29 000 personer.

For 2010 er utgiftstaket 2560 kroner.

Det vises til omtale under programområde 30.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
62	Fastlønnssordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	230 000	230 000	283 000
70	Allmennlegehjelp	3 131 495	3 116 900	3 490 000
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 671 471	1 727 300	1 748 100
72	Jordmorhjelp	41 937	43 000	44 000
73	Kiropraktorbehandling	101 724	105 000	110 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	77 622	81 000	86 000
	Sum kap. 2755	5 254 249	5 303 200	5 761 100

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Kommunene skal bl.a. sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning og legevaktordning, fysioterapitjeneste og jordmorhjelp. Folketrygden yter stønad til disse tjenestene.

Post 62 Fastlønnssordning fysioterapeuter

Departementet yter særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fysioterapeuter (fastlønte fysioterapeuter). Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må sees i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Kommunene mottar ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21.

Fastlønnstilskuddet til kommuner med fysioterapeutstillinger var 157 500 kroner per 100 pst. stilling i 2009. Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2010, ble fastlønnstilskuddet økt til 162 000 kroner.

For nærmere omtale, se innledende omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 230,0 mill. kroner i 2009, mot 209,5 mill. kroner i 2008.

Post 70 Allmennlegehjelp

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 ytes godtgjørelse for undersøkelse og behandling hos lege. Det er et vilkår for refusjon fra folketryg-

den at allmennlegen har fastlegeavtale med kommunen eller deltar i kommunalt organisert legevakt. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene.

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel. Det vises også til omtale på kategoriområde 10.60 og kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Ansvar for følgetjenesten for gravide til fødeinstitusjon ble overført til regionale helseforetak 1. januar 2010. Utgifter til følgetjeneste (kvalifisert ledsagelse) utført av jordmor i forbindelse med syketransport dekkes etter folketrygdloven § 5-12, og kvalifisert ledsagelse ved lege dekkes etter folketrygdloven § 5-4. Det er ønskelig at regionale helseforetak på sikt overtar finansieringsansvaret for all kvalifisert ledsagelse. Regelverksendringer knyttet til overføring av finansieringsansvaret bør skje samtidig for lege og jordmor. Omleggingen vil starte i 2011 og følges nærmere opp i 2012. Det vises til omtale også under kap. 2755, post 72.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. Legevakttjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Takstene fastsettes i forhandlinger mellom staten, de regionale helseforetakene, KS og Den norske legeförening.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- behandling av barn under 16 år
- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer
- første legeundersøkelse ved overgrepsmottak

Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger). I forbindelse med endringer i spesialistgodkjenningsordningen vil det i 2011 være naturlig å avkorte avsetningene til relevante utdanningsfond. Det vises til omtale under kap. 783, post 79.

Egenandelene ble oppjustert med 4 pst. fra 1. juli 2010. Refusjonstakstene ble redusert tilsvarende.

Tabell 5.32 Utgifter til allmennlegehjelp 2008 og 2009 (regnskapstall)

	(i mill. kr)		
	2008	2009	Endring, pst.
Fastleger mv.	2 284,7	2 568,0	12,4
Legevakt	389,6	416,8	7,0
Avsetning til fond	127,5	146,7	15,1
Sum kap. 2755, post 70	2 801,8	3 131,5	11,8

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte nominelt fra 2 802 mill. kroner i 2008 til 3 132 mill. kroner i 2009.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjoner og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres, f.eks. gjennom flere konsultasjoner som følge av flere fastleger/innbygge-

re eller særskilte situasjoner som pandemisk influensa mv. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjoner og egenandeler.

Tabell 5.33 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2008–2011.

	(i mill. kr)			
	Regnskap 2008	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Budsjett 2011
Sum kap. 2755, post 70	2 801,8	3 131,5	3 116,9	3 490,0
Volumvekst (anslag)	4 pst.	6 pst.	4 pst.	4 pst.

Utgiftsveksten i 2009 skyldes en antatt volumvekst på om lag 6 pst., samt en økning i refusjonene til allmennleger som følge av takstforhandlingene om normaltarriffen for leger. Merutgifter som følge av pandemisk influensa forklarer hvorfor volumveksten anslås så høyt i 2009.

Utgiftsveksten i 2010 skyldes en antatt volumvekst på om lag 4 pst.

Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2011 en volumvekst i allmennlegetjenesten på 4 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2010 er innarbeidet. Det vises til innledningen under

programområde 30 for beskrivelse av resultatet av forhandlingene.

Post 71 Fysioterapi

Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir bl.a. hvilke former for fysioterapi det kan gis stønad til, og de medisinske vilkårene for stønad. Det er et vilkår for slik refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen og at pasienten er henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Det er ikke krav om henvisning ved behandling hos

manuellterapeut. Se også omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og Norsk Fysioterapeutforbund. Hovedregelen er at pasienten selv skal betale differansen (egenandel) mellom fysioterapeutens honorar og folketrygdens refusjonsbeløp.

Enkelte pasienter betaler ikke egenandeler. Det gis godtgjørelse etter honorartakst ved nærmere angitte diagnoser i forskriften (diagnoselisten), ved yrkesskade og for barn under 12 år.

Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71.

Tilskudd til kommuner med fastlønnstillinger for fysioterapeuter føres opp under post 62. Dersom kommunene velger å ansette fysioterapeuter i fastlønte stillinger i stedet for å inngå driftsavtaler, vil dette i utgangspunktet resultere i en reduksjon i utgiftene over post 71, mot en økning over post 62. Bevilgningene kan derfor benyttes gjensidig under den andre posten.

Tabell 5.34 Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter 2008 og 2009

	(i mill. kr)		
	2008	2009	Endring, pst.
Fysioterapeuter med avtale	1 504,5	1 561,1	3,8
Fysioterapeuter uten avtale ¹	60,3	84,3	39,8
Avsetning til fond	25,0	26,0	4,0
Sum kap. 2755, post 71	1 589,8	1 671,4	5,1

¹ Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning og terapiridning.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi økte nominelt fra 1 590 mill. kroner i 2008 til 1 671 mill. kroner i 2009, som er en økning på 5,1 pst.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjoner og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres – f.eks. gjennom flere kon-

sultasjoner og flere utøvere av tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres – som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgifts- endringer som ikke følger av endring i refusjoner og egenandeler.

Tabell 5.35 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2008–2011

	(i mill. kr)			
	Regnskap 2008	Regnskap 2009	Budsjett 2010	Budsjett 2011
Sum kap. 2755, post 71	1 589,8	1 671,4	1 727,3	1 748,1
Volumvekst (anslag)	5 pst.	1 pst.	5 pst.	5 pst.

Basert på veksten i tidligere år, anslås det for 2010 en volumvekst på 5 pst. for privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale.

For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten skal kommunenes finansieringsansvar økes. Omleggingen har vært tema i takstforhandlingene våren 2009 og 2010, med iverksetting fra 1. juli 2009, og vil fortsette i takstforhandlingene

2011 og 2012. Omleggingen skal være slutført senest i takstforhandlingene 2012.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og til innledningen under programområde 30.

Post 72 Jordmorhjelp

Utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor, dekkes etter folke-

trygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskontroller i helsestasjon utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger.

Utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon og følgetjeneste (kvalifisert ledsagelse) for gravide til fødeinstitusjon utført av jordmor dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad. Kvalifisert ledsagelse ved lege dekkes etter folketrygdloven § 5-4.

Ansvar for følgetjenesten ble overført til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2010, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009) og Prop. 1 S (2009–2010), kap. 732 og kap. 762. Det er ønskelig at de regionale helseforetakene på sikt også overtar ansvaret for finansiering av følgetjenesten fra folketrygden. Dette bør skje samtidig som de regionale helseforetakene overtar finansieringsansvaret for kvalifisert ledsagelse ved lege fra folketrygden. Omleggingen vil starte i 2011 og følges nærmere opp i 2012. Det vises til omtale også under kap. 2755, post 70.

Utgiftene i 2009 var 42,0 mill. kroner, mot 39,0 mill. kroner i 2008. Beløpene inkluderer refusjoner for svangerskapskontroller utført av lege i helsestasjon.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Utgifter til behandling hos kiropraktor dekkes etter fastsatte takster med hjemmel i folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Det gis stønad for inntil 14 behandlinger per kalenderår. Refusjonsordningen ble innført i 1974. Kiropraktorene har fri prissetting. I tillegg til takstgodtgjørelse honoreres kiropraktoren i form av møtegodtgjørelse med reisetid når kiropraktoren deltar i samarbeidsmøte med annet helse- og sosialfaglig personell som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for enkeltpasienter.

Folketrygden yter et tilskudd til fond til videre- og etterutdanning av kiropraktorer tilsvarende 1,5 pst. av trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 101,7 mill. kroner i 2009 mot 84,3 mill. kroner i 2008. Det antas at utgiftsveksten skyldes flere utøvere i tjenesten. Antall kiropraktorer som har direkteoppgjørsavtale med Helfo var i 2007 (433), i 2008 (468) og i 2009 (524).

Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Folketrygden dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a.

Det er et vilkår for refusjon for logopedisk og audiopedagogisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

De logopediske og audiopedagogiske tiltakene som dekkes etter folketrygdloven, faller inn under kommunenes og fylkeskommunenes ansvar etter opplæringsloven av 1998. Kommuner og fylkeskommuner har i henhold til opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester. Det har i lang tid vært en ordning der privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger har hatt anledning til å få godtgjørelse fra folketrygden for undersøkelse og behandling av personer med språk- og talevansker. Dette tilbudet har ikke vært en del av det kommunale og fylkeskommunale tilbudet.

De samlede utgiftene økte fra 71,4 mill. kroner i 2008 til 77,6 mill. kroner i 2009.

I 2009 utbetalte folketrygden 73,1 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger. Av utgiftene i 2009 gjaldt 4,5 mill. kroner ortoptisk behandling.

Kap. 2756 Helsehjelp i utlandet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2009	Saldert budsjett 2010	2011
70	Helsehjelp i utlandet			50 000
	Sum kap. 2756			50 000

Med grunnlag i Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) er det vedtatt at det i folketrygdloven etableres en ny § 5-24a om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i et annet EØS-land etter regler i forskrift. Det tas sikte på at refusjonsordningen settes i verk fra 1. januar 2011. Det vises til nærmere omtale under programområde 30.

Denne budsjettposten skal dekke refusjonsutgiftene ved helsehjelp som ikke omfattes av sørgeforansvaret til kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak. Departementet anslår at det i all hovedsak vil refunderes utgifter til tannbehandling ved sykdom (tilsvarende folketrygdloven § 5-6) på denne budsjettposten. Det antas et begrenset volum innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

Merknad til budsjettforslaget

Som følge av den nye forskriften foreslås følgende:

- Opprettelse av en ny post under kap. 720, post 70, Refusjon helsehjelp i utlandet, og en ny inntektspost under kap. 3720, post 03, Inntekter refusjon helsehjelp i utlandet.
- Flytting av 50 mill. kroner fra kap. 2711, post 72, Tannlegehjelp, til nytt kap. 2756, post 70, Helsehjelp i utlandet.
- Flytting av 21,9 mill. kroner fra kap. 2790, post 70, til rammetilskuddet til kommunene, kap. 571, post 60.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
2790	Andre helsetiltak	275 904	217 300	198 100	-8,8
	Sum kategori 30.90	275 904	217 300	198 100	-8,8

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011	Pst. endr. 10/11
70-89	Andre overføringer	275 904	217 300	198 100	-8,8
	Sum kategori 30.90	275 904	217 300	198 100	-8,8

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2009	Saldert budsjett 2010	Forslag 2011
70	Bidrag lokalt	275 904	217 300	198 100
	Sum kap. 2790	275 904	217 300	198 100

Følgende bevilgning foreslås flyttet:

- 22,1 mill. kroner til fysioterapibehandling i utlandet fra kap. 2790, post 70, til kap. 571, post 60.

Post 70 Bidrag

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Departementet har i forskrift gitt Helsedirektoratet fullmakt til å fastsette nærmere retningslinjer for ytelse av bidrag. Det kan ytes bidrag dersom utgiftene til det aktuelle formålet i løpet av kalenderåret overstiger 1600

kroner. Bidrag ytes som hovedregel med 90 pst. av de overskytende utgifter. Mange formål dekkes imidlertid etter andre regler. Bidragsordning består av om lag 20 forskjellige tilskuddsordninger. Det ytes bl.a. bidrag etter § 5-22 til opphold ved Montebello-Senteret, til opphold for krigspensjonister ved Bæreiasenteret og til opphold ved institusjoner for blinde og svaksynte. Når det gis bidrag til behandling og til opphold ved kursentra kan det også gis fullt bidrag til eventuelle nødvendige reise- og oppholdsutgifter.

De seneste årene er det flere formål som har blitt overført fra bidragsordningen til andre ordninger. Dette har ført til at utgiftene på bidrags-

ordningen har blitt redusert fra 617 mill. kroner i 2007 til 275 mill. kroner i 2009.

Avvikling av tilskudd til fysioterapibehandling i utlandet

Med grunnlag i Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) er det vedtatt at det i folketrygdloven etableres en ny § 5-24a om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i et annet EØS-land etter regler i forskrift. Det tas sikte på at refusjonsordningen settes i verk fra 1. januar 2011. Det vises til nærmere omtale under programområde 30.

Bidrag til fysioterapi i utlandet har vært finansiert over bidragsordningen. På grunn av over-

gang til ny refusjonsordning gis det ikke lenger godkjenning til nye behandlingssteder i utlandet.

Avviklingen av bidrag til fysioterapi i utlandet foreslås gjennomført fra samme tidspunkt som ny refusjonsordning for behandling i utlandet settes i verk. I 2009 var utgiftene til fysioterapi i utlandet om lag 28,9 mill. kroner. I 2010 ble 8 mill. kroner overført fra kap. 2790, post 70, til rammetilskuddet til kommunene i Prop. 1 S (2009–2010). Avviklingstidspunktet ble senere utsatt til 1. januar 2011.

Det foreslås å flytte de resterende midlene, 22,1 mill. kroner, fra kap. 2790, post 70, til rammetilskuddet til kommunene kap. 571, post 60, for 2011.

Del III
Omtale av særlege tema

6 Sosiale helseskilnader

St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, utgjør helse delen av utjavningspolitikken til regjeringa. Det er mange årsaker til helseskilnader, frå grunnleggjande faktorar som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorar som arbeids- og bumiljø, til meir direkte påverknadsfaktorar som helseåtfærd og bruk av helsetenester. Jo høgare inntekt og utdanning, desto sunnare helseåtfærd. Til dømes er det store sosiale skilnader i røykemønster som fører til store sosiale skilnader i dødsrate. Arbeidet for å redusere sosiale helseskilnader vil difor krevje langsiktig og målretta innsats på mange område. Sosiale skilnader som medverkar til helseskilnader skal reduserast. Gode og trygge oppvekstvilkår for alle, rettferdig fordeling av inntekt og likt høve til utdanning og arbeid er den beste investeringa samfunnet kan gjere for å redusere sosiale helseskilnader. I strategien legg ein vekt på å hindre sosial utstøytning av grupper som fell ut av utdanning og arbeid av helsegrunnar eller andre årsaker. Gode universelle ordningar er det viktigaste verkemidlet for å redusere sosiale helseskilnader, men mange grupper kan ha behov for målretta tenester. Universelle ordningar må difor supplerast med individuelt brukartilpassa tenester og tiltak som tek vare på dette. Utviklinga på innsatsområda i stortingsmeldinga skal følgast opp gjennom eit system for rapportering som skal gi systematisk oversikt over utviklinga av arbeidet for å redusere sosiale helseskilnader. I dette høve gir Helsedirektoratet ut ein årleg rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseskilnader – Folkehelsepolitisk rapport. Den første rapporten kom i 2009 og ein tilsvarande rapport kjem i 2010. I det følgjende er en oppsummering av utviklinga på innsatsområda i stortingsmeldinga.

Inntekt

Mål

Måla på inntektsområdet er å (1) Redusere økonomiske skilnader i befolkninga, (2) Få bukt med fattigdom, og (3) Sikre grunnleggjande økonomisk tryggleik for alle.

Utvikling

Den generelle utviklinga som gjeld ulik inntekt i Noreg har i perioden 2001 til 2006 vorte sterkt påverka av tilpassing til nye skattereglar, først og fremst ved utviklinga i aksjeutbyte. Dersom vi ser bort frå effekten av denne tilpassinga, er den generelle langsiktige trenden frå 1988 fram til 2007 at skilnaden i inntekt viser ein svak, men jamn auke.

Perioden frå 1997 fram til om lag 2001 er prega av ein reduksjon i talet på personar med varig låginntekt, både ut frå OECD og EU sine definisjonar av låginntekt. Utviklinga etter 2001 er noko ulik for dei to låginnteksdefinisjonane. For EU sin låginnteksdefinisjon er utviklinga nokså stabil med små endringar i kor stor del av befolkninga som har varig låginntekt. For OECDs metode finn vi likevel ein auke i talet på personar med varig låginntekt kvart år frå 2001 (1,8 pst.) og til 2004 (3,0 pst).

Verkemiddel

Regjeringa har i dei siste åra gjort endringar i skattesystemet som har medverka til større omfordeling. Endringar i formueskatten har medverka til auka skatt for dei rikaste samtidig som dei auka botnfrådraga har redusert skatten for dei med mindre formuar. Aksjerabatten, som gav ein særskilt fordel for dei som eig aksjeformuar, er fjerna heilt.

I statsbudsjettet for 2009 vart arveavgifta endra ved at rabatten for unoterte aksjar vart redusert. Dette har også medverka til auka skatt for dei med høge formuar. Samtidig vart arveavgiftsatsane reduserte og fribeløpa heva kraftig, noko som har medverka til at dei som arvar meir moderate formuar kjem like godt eller betre ut med det nye arveavgiftssystemet.

Lette i minstepensjonane og auka foreldrefrådrag har gitt breie skattelettar for dei med middels og låge inntekter. Fleire minstepensjonar har også medverka til å auke inntektene til ei stor gruppe med låge inntekter.

I tillegg til omfordelinga gjennom skattesystemet har den økonomiske politikken til Regjeringa i denne perioden lagt til rette for høg sysselsetjing og økonomisk vekst. Arbeidsdeltaking er viktig for å sikre velferda for den enkelte, og Regjeringa har lagt vekt på målretta tiltak overfor grupper i arbeidsmarknaden med svakast kvalifikasjonar. Samtidig medverkar offentlege velferdsordningar med å sikre inntekt for dei som vert arbeidsledige eller av andre grunnar fell utanfor arbeidslivet. Gode, offentlege velferdsordningar er avgjerande i fordelingspolitikken og dempar samtidig verkna- den av dramatiske svingingar i økonomien. Eit dø- me på dette er satsinga på barnehagar.

Arbeidsinntekt er nøkkelen til å bringe folk ut av ein situasjon med varig låg inntekt, og eit godt utbygd tryggingnett er avgjerande for dei som av ymse grunnar fell utanfor arbeidslivet. Dette er også hovudproblemstillingar i innstillinga frå For- delingsutvalet, NOU 2009: 10. Utvalet peikar mel- lom anna på at barnehagar og resten av utdan- ningssystemet er mellom faktorane med størst innverknad på sosiale skilnader seinare i livet. Inn- stillinga frå Fordelingsutvalet vil i 2010/2011 verte følgd opp med ei stortingsmelding om fordeling.

Det vart utarbeidd ein eigen Handlingsplan mot fattigdom som vedlegg til budsjettet for 2007, og som er følgd opp i kvart statsbudsjett etter det, også 2010. Regjeringa vil arbeide for å få bukt med fattigdom og for å redusere sosiale og økonomis- ke skilnader gjennom universelle velferdsordnin- gar, sterke fellesskapsløysingar og ved å gi alle høve til å delta i arbeidslivet.

Oppvekst

Mål

Måla på oppvekstområdet er (1) full barnehage- dekning og reduserte sosiale skilnader i barneha- gebruk, (2) forholdsvis færre elevar som møter til skulestart utan tilfredsstillande språkdugleik, (3) forholdsvis færre elevar som går ut av grunnsku- leutdanninga med svake grunnleggjande ferdig- heiter, (4) forholdsvis færre elevar som ikkje full- fører vidaregåande opplæring, (5) betre tilgang til skulehelsetenesta, (6) tidleg identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper, og (7) redu- sere sosiale skilnader i barn og unges organisa- sjons- og kulturdeltaking.

Utvikling

Målet om full barnehagedekning er, ut i frå gjel- dande regelverk om rett til barnehageplass, opp- nådd, og frå 2011 vil hovudtyngda av dei øyre-

merkte tilskota til barnehagar verte innlemma i rammetilskotet. Det er ikkje tilgjengelege data på nasjonalt nivå om kor mange barn som har språk- vanskar i og utanfor barnehage.

Verkemiddel for å oppnå at barnehagen skal vere inkluderande og gi eit tilpassa tilbod til alle barn er mellom anna statleg tilskot til tiltak for barn med nedsett funksjonsevne i barnehage, pri- oritet ved opptak og statleg tilskot for å betre språkforståinga hos minoritetsspråklege barn i førskulealder. Det øyremerkte tilskotet til tiltak for barn med nedsett funksjonsevne i barnehage vil verte innlemma i rammetilskotet til kommu- nane frå 2011. Kommunane har ansvar for å leggje til rette eit inkluderande barnehagetilbod som stettar det behovet kvart enkelt barn har for opp- følgjing og støtte i samsvar med gjeldande regel- verk.

Talet på elevar som ikkje fullfører vidaregåan- de opplæring, er generelt høgt og viser ein klar so- sial gradient. For yrkesfagleg utdanning, vil om lag halvparten av elevane med foreldre som berre har grunnskuleutdanning ha slutta undervegs el- ler ikkje ha fullført med bestått karakter. Når det gjeld grunnleggjande ferdigheiter, har vi data frå dei nasjonale prøvane i lesing, rekning og en- gelsk. Prøvane viser at det er ein samanheng mel- lom meistringsnivå og utdanninga til foreldra. 21,7 pst. av elevane på åttande trinnet, som har forel- dre med berre grunnskule eller inga fullført ut- danning, presterer på lågaste meistringsnivå (nivå 1) i engelsk, medan det berre gjeld 5,2 pst. av ele- vane som har foreldre med høgskule- eller univer- sitetsutdanning. 14, 8 pst. av elevane på åttande trinnet, med foreldre med utdanning på høgskule- eller universitetsnivå, presterer på det høgaste meistringsnivået (nivå 5) i engelsk medan dette gjeld 3,9 av elevane med foreldre med berre grunnskule eller inga fullført utdanning. Dei fleste barn gjennomgår helseundersøkingar før skule- start, men ein reknar med at det er forholdsvis færre barn som gjennomgår helsekontrollar etter- kvart som dei vert eldre. Nasjonalt kunnskapssen- ter for helsetenesta har gjort ei oppsummering av kunnskap om sosiodemografiske skilnader i bruk og tilgang til helseteneste i Noreg. Denne viser at bruken av skulehelsetenesta og helsestasjon for ungdom, ein bruk som ungdommane i hovudsak bestemmer sjølve, er styrt av behov og ikkje sosi- odemografiske skilnader.

Verkemiddel

Regjeringa har som mål at alle barn som er fødde og oppvaksne i Noreg skal rå med norsk før dei

byrjar på skulen. Forsøk med gratis kjernetid i barnehage er eit element i ein tiltakskjede for å sikre gode nok språkkunnskapar hos førskulebarn og ein betre førebudd skulestart. Forsøket inneber at alle fire- og femåringar i fem bydelar i Oslo med mange minoritetsspråklege barn får tilbod om gratis barnehage i kjernetida, dvs. 5 ganger 4 timar i veka. Prosjektet er ein del av område-satsinga i Søndre Nordstrand og Groruddalen i Oslo. Forsøket med gratis kjernetid er vidareført i 2010 og er også utvida med tilbod om gratis kjernetid til treåringar i område i Drammen. Forsøket med gratis kjernetid for fire- og femåringar skal evaluerast.

Språkløftet, Oppfølging av barn på grunnlag av språkkartlegging på helsestasjonen, er eit fireårig prosjekt (2007–2011) som skal medverke til å betre dei grunnleggjande språkferdigheitene. Målgruppe er eit utval barn som etter språkkartlegging på helsestasjonen, har særskilt behov for språkstimulering og oppfølging. Språkløftet skal sjåast i samanheng med utviklingsprosjekt i skular med meir enn 25 pst. minoritetsspråklege elevar. Prosjekta vert gjennomførte som modellutprøving i 9 kommunar der ymse lokale tiltak skal utviklast og prøvast ut. Begge prosjekta er også ein del av Søndre Nordstrand- og Groruddalssatsinga i Oslo. Satsingane er i tråd med St.meld. nr. 41 (2008–2009) Kvalitet i barnehagen, som Regjeringa la fram våren 2009, og som vart behandla i Stortinget i mars 2010. Meldinga legg vekt på å styrkje likeverdig og høg kvalitet i alle barnehagar og styrkje barnehagen som læringsarena, og dessutan at alle barn skal få delta aktivt i eit inkluderande fellesskap.

Den nasjonale strategiplanen Likeverdig opplæring i praksis! Strategi for bedre læring og større deltakelse av språklige minoriteter i barnehage, skole og utdanning 2007–2009, vart avslutta i 2009, og det ligg no føre ein rapport Veien vidare, Sluttrapport Likeverdig opplæring i praksis. Rapporten gir ei oversikt over prosjekta som har vore ein del av strategien og kan gi idear til å setje i gang eller føre vidare tiltak.

Ei velfungerande barnevernteneste kan medverke til å fange opp problem tidleg og gi barna betre høve til å utvikle gode ferdigheiter. I ny § 6-7 a i barnevernlova, som tredde i kraft juli 2009, har barneverntenesta no fått ei plikt til å gi nærmare bestemte opplysningar til den som har gitt melding til barneverntenesta. Vidare, etter januar 2010, har det vorte ei lovfesta plikt for barneverntenesta til å utarbeide individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tenester når det er nødvendig for å skape eit heilskapleg til-

bod for barnet (§ 3-2 a i barnevernlova). Barne-, likstillings- og inkluderingsdepartementet vil utarbeide forskrift med føresegnar om når det skal utarbeidast individuell plan med heimel i barnevernlova. Aldersgruppa 18 til 23 år, som er i kontakt med barnevernet, er eit prioritert område. Med verknad frå 1. juli 2009 vart barnevernlova endra slik at barneverntenesta no må grunngi fagleg kvifor tiltak for barn over 18 år ikkje skal vidareførast. Når tiltak skal avsluttast skal det grunngjast i barnets beste.

Barne-, likstillings- og inkluderingsdepartementet har samarbeidd med Arbeids- og velferdsdirektoratet om eit treårig utviklingsarbeid for utsette unge frå 17 til 23 år i 8 kommunar. Arbeidet har vorte evaluert av Nova, som leverte sluttrapport i juni 2010. Evalueringa viser at kommunane har etablert nye samarbeidsformer om målgruppa, og at arbeidet har vorte meir målretta gjennom prosjektperioden. Evalueringa viser at god vaksenkontakt har vore ein viktig suksessfaktor ved tiltaka. Barne-, likstillings- og inkluderingsdepartementet vurderer korleis arbeidet skal følgjast opp.

Det er eit mål å betre oppfølginga av barn og unge som vert utsette for overgrep og vald i nære relasjonar. Justis- og politidepartementet har i samarbeid med dei departementa det vedkjem utarbeidd Handlingsplan mot vold i nære relasjonar 2008–2011, Vendepunkt, som inneheld tiltak retta mot barn. Barn med rusmisbrukande foreldre og/eller foreldre som er psykisk sjuke er særleg utsette og sårbare som gruppe. Mange av dei vert ikkje fanga opp av hjelpeapparatet og får ikkje den hjelpa dei treng. Stortinget vedtok i juni 2009 endringar i helselovgivinga for å styrkje rettsstillinga til barn som lever med foreldre som har ei liding eller problematikk som kan gå ut over dei oppgåvene og funksjonane foreldre eller føresette skal ta hand om overfor barna sine. Lova skal medverke til at barna vert fanga opp tidleg, og at helsepersonell set i gang prosessar som set barnet og foreldra betre i stand til å meistre situasjonen når ein forelder er alvorleg sjuk. Etter endringane i spesialisthelsetenestelova har helseføretaka frå nyttår 2010 plikt til å ha barneansvarleg personell på sengepostane. Dette skal vere personar som har fokus på barn til pasientar. I tillegg vert informasjonsarbeidet styrkt gjennom til dømes kompetansenettverket www.barnsbeste.no og hefta Dei usynlege barna. Regjeringa har, som nemnt innleingsvis, som mål at forholdsvis færre elevar går ut av grunnutdanninga med svake grunnleggjande ferdigheiter.

Modellforsøket Heilskapleg skuledag (2009–2012) i regi av Kunnskapsdepartementet skal utvikle og prøve ut ulike modellar for ein heilskapleg skuledag på 1.–4. trinnet på ni utvalde skular i seks kommunar. Dette er ei vidareføring av forsøk i 11 kommunar i 2007/2008, evaluerte av Sintef. Modellane skal ha i seg elementa dagleg fysisk aktivitet, skulemat, leksehjelp og kulturelle aktivitetar. Modellforsøket skal styrkje kvaliteten i SFO og sjå på betre samarbeid og ressursutnytting i ein heilskapleg skuledag der SFO står opp om læringa og læringsmiljøet i skulen. Utvida skuledag vil særleg vere viktig for elevar som i liten grad vert følgde opp utanom skuletida. Frå og med skuleåret 2008–2009 har elevar på 1.–4. trinnet fått 5 fleire veketimar à 60 minutt i faga norsk, matematikk og engelsk. Fysisk aktivitet, gratis frukt og grønt, skulemåltid og leksehjelp er andre sentrale innsatsområde i samband med tilrettelegging for ein variert og heilskapleg skuledag og eit godt læringsmiljø. Gratis frukt og grønt til elevar på skular med ungdomstrinn er lovforankra i opplæringslova frå skulestart 2008. Frå skuleåret 2009–2010 vart timetalet på mellomtrinnet (5.–7. trinnet) utvida med 2 timar til fysisk aktivitet utanom kroppsøvingundervisning. Tiltaket er lovforankra i opplæringslova. Frå skuleåret 2010–2011 er det i samband med utvida skuledag innført gratis leksehjelp etter obligatorisk skuletid for elevar på 1.–4. trinn.

Eit anna bidrag for å betre ferdigheiter er evaluering av prestasjonane til elevane som grunnlag for vurdering og tidleg innsats via nasjonalt kvalitetsvurderingssystem, NKVS. Ny lærarutdanning, eit varig system for etter- og vidareutdanning og styrkt skuleleiarkompetanse, er andre sentrale innsatsområde. I denne samanhengen vil rettleiar-korps for skuleutvikling verte etablerte som prøveprosjekt i to fylke frå skuleåret 2009–2010 og skal på ein toårsperiode vere eit landsdekkjande tilbod til barne- og ungdomsskular, vidaregåande skular, kommunar og fylkeskommunar.

Det er store sosiale skilnader i læringsutbyte, deltaking og utdanningsval, trass i at utdannings-systemet i stor grad er formelt likt, og grunnlaget for seinare års skuleprestasjonar vert lagt tidleg. Mange elevar og lærlingar fullfører ikkje vidaregåande opplæring. Det er mange faktorar som kan spele ei viktig rolle for å medverke til å gjennomføre vidaregåande opplæring. Blant anna er det viktig at elevane får hjelp til å velje utdanningsveg som dei er nøgde med. Eit ledd i dette arbeidet er forsøksprosjektet Individuell utviklingsplan for utdannings- og yrkesrådgiving. Prosjektet vert prøvt ut i nokre fylke i skuleåra 2009–2010. Vidare har

det, for å førebyggje fråfall i vidaregåande opplæring, frå hausten 2010 starta eit fireårig utprøvingssjokk av eit nytt praktisk fag, arbeidslivs-fag, på ungdomstrinnet. Elevar på 8.–10. trinnet skal jobbe praktisk med tilpassa arbeidsoppgåver henta frå yrkesfaglege utdanningsprogram i vidaregåande opplæring. Opplæringa skal gå føre seg i tett samarbeid med lokalt næringsliv. Eit anna prosjekt som vert vidareført er eit forsøk, der elevane som avsluttar ungdomsskulen, skal kunne få opplæring i eit planlagt toårig løp, der hovuddelen av opplæringa vil vere praksisretta og gå føre seg i bedrift. Første delrapporten frå evalueringa av forsøket viser at praksisbrevordninga ser ut til å hindre fråfall mellom ungdom som deltek i prosjektet.

Kulturdepartementet vil styrkje leselyst og leseferdigheiter ved å utvikle folkebiblioteka som arena for lesing og litteraturformidling. 2010 er eit nasjonalt leseår og er start på eit nasjonalt leseløft i perioden 2010–2014 retta mot både barn, unge og vaksne. I 2010 er det løyvd 3 mill. kroner for å styrkje folkebiblioteka som brubyggjar i samfunnet og møtestad for grupper som i liten grad deltek i kultur- og organisasjonsliv.

For å stimulere til auka deltaking mellom grupper som er underrepresenterte i kulturlivet, vil ordninga med den kulturelle skulesekken og tilskota til kulturkort for ungdom verte vidareførte. Spelemidlane til den kulturelle skulesekken utgjør i 2010 i alt 167 mill. kroner.

For Regjeringa er det viktig å sikre barn og unge likeverdige vilkår for å delta i organisasjonslivet. Fleire av dei største byane står overfor spesielle utfordringar når det gjeld å aktivisere barn og ungdom, og det er etablert ei tilskotsordning i regi av Kulturdepartementet med føremål å inkludere fleire og nye grupper inn i dei ordinære aktivitetstilboda til idrettslag. Tilskotet til ordninga både i 2009 og 2010 var på 8 mill. kroner årleg. Vidare har Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet ei eiga tilskotsordning retta mot barn og unge i større bysamfunn, der det vert gitt tilskot til ei rekkje aktivitetar og prosjekt på kultur- og fritidsområdet, som skal medverke til å sikre gode vilkår for deltaking for alle. Ordninga femner om 23 bykommunar og var i 2010 på rundt 48 mill. kroner.

Gjennom prosjektstøtteordninga Mangfald og inkludering vert det gitt støtte til prosjekt drivne av barn og unge som fokuserer på mangfald, holdningar og deltaking for alle. Ordninga vert forvalta av Landsrådet for Noregs barne- og ungdomsorganisasjonar på vegner av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Arbeid og arbeidsmiljø

Mål

Måla på arbeids- og arbeidsmiljøområdet er eit meir inkluderande arbeidsliv og sunnare arbeidsmiljø.

Utvikling

Ved utgangen av juli 2010 var det registrert 78 242 heilt arbeidsledige, mot 77 356 ved utgangen av juli 2009. Det er vidare verd å merkje seg at det er mellom dei yngste at arbeidsløysa er størst. Aldersgruppa 20–29 år utgjer om lag ein tredel av alle ledige. Også kjønnskildnadene er markante i denne aldersgruppa. Arbeidsløysa blant menn har til no i 2010 lege om lag 50 pst. høgare enn for kvinner. Den registrerte arbeidsløysa blant personar med innvandrarbakgrunn er om lag tre gonger så stor som i resten av befolkninga.

Intensjonsavtalen om eit meir inkluderande arbeidsliv (IA-avtalen) vart først inngått for perioden 2001–2005 og vart deretter forlengd for perioden 2006–2009. Regjeringa og partane i arbeidslivet inngjekk 24. februar 2010 ein ny IA-avtale som gjeld ut 2013. Den nye avtalen skal medverke til at (1) sjukefråveret vert redusert, (2) personar med redusert funksjonsevne vert rekrutterte, og (3) den gjennomsnittlege avgangsalderen går opp.

Verkemiddel

Nav-lova § 14a gir brukarane rett til behovsvurdering, arbeidsevnevurdering og aktivitetsplan og vart innført frå februar 2010. Lova vidarefører i stor grad den metodikken som vart innført hausten 2008 som ledd i ein ny felles oppfølgingsmetodikk for Nav-kontora. Frå 1. mars 2010 er det innført ein ny stønad, arbeidsavklaringspengar, som erstattar attføringspengar, rehabiliteringspengar og tidsavgrensa uførestønad. Arbeidsavklaringspengar skal sikre inntekt i ein overgangsperiode der det på grunn av sjukdom eller skade er behov for arbeidsretta tiltak, medisinsk behandling eller anna oppfølging frå Nav for å kome i arbeid. Føremålet med ordninga er å leggje til rette for tidlegare og tettare oppfølging av stønadmottakarar for at fleire raskare skal kome tilbake i arbeid eller i arbeidsretta aktivitet. Ordninga vil også gi eit enklare regelverk og mindre omfattande stønadsbehandling. Eit sentralt prinsipp for innføringa av arbeidsavklaringspengar er at ein langt tydelegare enn før skil mellom retten til yting og retten til oppfølging mot arbeid. Mange av dei arbeidsretta tiltaka var til dømes tidlegare berre for brukarar

som hadde rett til attføringspengar, medan dei no har eigne inngangsvilkår som tek utgangspunkt i behovet kvar enkelt har for slike tiltak. Ytinga skal vere 66 pst. av den pensjonsgivande inntekta til mottakaren før arbeidsevna vart nedsett. Det skal likevel vere ei minste årleg yting på 2 gonger grunnbeløpet i folketrygda (for tida 151 282 kroner). Det skal givast barnetillegg etter fast sats.

Kvalifiseringsprogrammet med kvalifiseringsstønaden som høyrer med rettar seg mot personar med vesentleg nedsett arbeids- og inntektsevne, som har ingen eller svært små ytingar i folketrygda. Dette handlar i stor grad om personar som utan eit slikt program ville vore avhengige av økonomisk sosialhjelp som hovudinntektskjelde over lengre periodar. Føremålet med kvalifiseringsprogrammet og kvalifiseringsstønaden er å medverke til at fleire i målgruppa kjem i arbeid. Tilbodet skal givast til personar som ein reknar med vil ha sjanse til å kome i arbeid gjennom tettare og meir forpliktande hjelp og oppfølging, også i tilfelle der vegen fram kan vere relativt lang.

Ved utgangen av mai 2010 var det registrert 17 435 søknader om deltaking i programmet, og sidan 1. januar 2008 er det gjort vedtak om å stette 13 718 søknader. Per 31. mai 2010 var det 8961 deltakarar i programmet. Totalt har 2364 personar gjennomført eller avvikla programmet etter ein plan i løpet av 2008 og så langt i 2010.

Eit inkluderande arbeidsliv inneber at tilhøva på arbeidsmarknaden vert lagde til rette for arbeidstakarar som heilt eller delvis ikkje kan utføre dei vanlege arbeidsoppgåvene sine og for arbeidstakarar som mellombels eller varig har fått nedsett funksjonsevne. Arbeidet med å skape eit meir inkluderande arbeidsliv må forankrast på kvar enkelt arbeidsplass.

Det er store skilnader i fysiske og psykososiale arbeidsmiljøbelastningar mellom dei ulike yrkesgruppene i arbeidslivet. Eit viktig bidrag for å utjamne sosiale helseskilnader er å arbeide for at alle arbeider under gode og helsefremjande arbeidsforhold. Viktige verkemiddel for å redusere sosiale skilnader i helse er å vidareføre og styrkje arbeidet for eit godt og sikkert arbeidsmiljø i bransjar med store arbeidsmiljøbelastningar. Arbeidstilsynet har difor gjennomført tilsynssatsingar mellom anna i næringane/sectorane bygg- og anlegg, transport, asylmottak, politiet, barnehaugar, reinhald, verkstadindustrien og nærings- og nyttingsindustrien, hotell- og restaurant og undervisning. Tilsynet gjennomførte eit prosjekt i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten og partane i arbeidslivet retta mot utvalde bransjar for å fremje inkludering og hindre sjukefråvere. Arbeidstil-

synet har også sett i gang ei satsing retta mot å auke kunnskapen om reglane i arbeidslivet og sentrale vilkår for eit godt arbeidsmiljø hos unge arbeidstakarar og arbeidsgivarane deira, og gjennomføre tilsyn i lærlingbedrifter og bransjar med mange unge arbeidstakarar. Eit anna viktig verkemiddel er bedriftshelsetenesta, som skal hjelpe verksemdene i det førebyggjande og helsefremjande arbeidet. Frå 1. januar 2010 er det innført krav om bedriftshelseteneste i åtte nye risikoutsette bransjar og ei ordning med godkjenning av bedriftshelsetenester. Den nye IA-avtalen legg vekt på et godt arbeidsmiljø. Avtalen fastset også at ein i større grad enn tidlegare skal leggje vekt på det systematiske helse-, miljø og tryggleiksarbeidet for å nå delmåla om redusert sjukefråvere, auka sysselsetjing av arbeidstakarar med redusert funksjonsevne og auka gjennomsnittleg pensjonsalder.

Nasjonal overvaking av arbeidsmiljø og -helse (Noa) er etablert som ei avdeling ved Statens arbeidsmiljøinstitutt, og har som oppgåve å samordne, systematisere og formidle kunnskap om arbeidsmiljø og arbeidshelse til styresmakter og andre brukargrupper. Kvart tredje år gir Noa ut ei faktabok som gir ein samla nasjonal status og viser utviklingstrekk for norsk arbeidsmiljø og -helse. Ei ny faktabok vil verte gitt ut på nyåret 2011, der data samla inn gjennom Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøking 2009 vil stå sentralt. Departementet planlegg å leggje fram ei stortingsmelding om arbeidsforhold, arbeidsmiljø og tryggleik våren 2011 med sikte på å utvikle arbeidsmiljø- og tryggleiksarbeidet vidare.

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse vart lansert i 2007 og gjeld alle med psykiske lidingar og vanskar, også dei som i tillegg har rusmiddelproblem eller andre utfordringar. Strategien handlar om å førebyggje og hindre utstøying frå arbeidslivet på grunn av psykiske lidingar/problem, og å leggje til rette for at dei som ønskjer og kan, skal kunne gjere seg nytte av arbeidsevna si. Å delta i arbeidslivet medverkar til meistring og sjølvtilit, sikrar inntekt og reduserer fattigdom. For mange vil deltaking i arbeidslivet vere den beste måten å kome seg ut av eit vanskeleg tilver på.

I statsråd 18. desember 2009 vart det oppnemnt eit utval som skal greie ut spørsmål knytte til sjukefråvere og utstøying i helse- og omsorgssektoren. Utvalet er eit ledd i oppfølginga av St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, og er breitt samansett med representantar frå partane i arbeidslivet, forskarar, helse- og omsorgssektoren

og arbeidsmiljøstyresmakta. Utvalet har levert ein delrapport om kunnskapsstatus til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2010 og skal levere den endelege innstillinga si i form av ei offentleg utgreiing innan utgangen av 2010. Delrapporten dekkjer den delen av mandatet som handlar om å skildre omfang og utvikling, og å drøfte årsaker til sjukefråvere og utstøying frå helse- og omsorgssektoren. Ein vil arbeide meir med innhaldet i det vidare arbeidet med utgreiinga.

Helseåtferd

Mål

Målet er reduserte sosiale skilnader i helseåtferd og omfattar kosthald, fysisk aktivitet, røyking, alkohol og andre rusmiddel.

Utvikling

Dei siste 20 åra har alle grupper i landet fått betre helse, men betringa har vore større for personar med lang utdanning og høg inntekt enn for personar med kort utdanning og låg inntekt. Generelt er det slik at grupper med lang utdanning og høg inntekt har eit meir helsesamt kosthald og er meir fysisk aktive enn dei med kort utdanning og låg inntekt. Det same mønsteret gjeld for røyking og andre rusmiddel enn alkohol.

Veikskapar i ernæringa i nordmenns kosthald, kombinert med for lite fysisk aktivitet, medverkar mellom anna til overvekt, fedme, type 2-diabetes, hjarte- og karsjukdomar, fleire kreftformer, muskel- og skjelettplager osb. Sidan 1999 har grønsakforbruket på engrosnivå auka frå om lag 60 til 68 kg og fruktforbruket frå om lag 69 til 94 kg per innbyggjar per år. Omsetninga av brus med sukker har auka mykje sidan 1970-åra. Høgaste nivået nådde omsetninga i 1997, med 93 liter per innbyggjar, og har sidan minka til 71 liter per innbyggjar i 2008. Dette er likevel for høgt, og urovekkjande sidan det er svært sannsynleg at om ein drikk for mykje væske med sukker i kan risikoen for overvekt auke. Forbruket av godteri har auka mykje dei siste tretti åra og var nesten 15 kg per innbyggjar i 2008. Saltinntaket er dobbelt så høgt som tilrådd og det meste kjem frå ferdigmat. Prosentdelen spedbarn som vert fullamma ved 4 månader er auka frå 44 pst. i 1998 til 46 pst. i 2006. Målet i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) er at delen med spedbarn som vert fullamma ved 4 månaders alder, skal auke frå 44 pst. til 70 pst. Det er store skilnader i fullamming etter mors utdanningsnivå; i 2006 var det 23 pst. av mødrene med grunnskule som høgaste utdanning

som fullamma i 4 månader, og 53 pst. av mødrene med universitets-/høgskuleutdanning.

Forekomsten av overvekt blant barn og unge fell med aukande sosioøkonomisk status. For fedme er ikkje tendensen like tydeleg. Forekomsten av fedme blant vaksne fell med høgare utdanningsnivå. Over tid førekjem likevel fedme oftare både blant dei med kort og lang utdanning.

Vi finn dei same sosiale skilnadene i fysisk aktivitetsnivå som for kosthald. Delen av dei som er fysisk aktive aukar med aukande sosioøkonomisk status. Det same gjeld for deltaking i organisert, fysisk aktivitet og medlemskap i frivillige organisasjonar innan kultur og fritid. Av 40–45 åringar med grunnskule som høgaste fullførte utdanning er det forholdsvis dobbelt så mange som ikkje trener med høg intensitet på fritida, samanlikna med dei som har minst 4 års høgskule- eller universitetsutdanning. Dersom ein bruker all fysisk aktivitet med moderat intensitet som indikator, finn vi framleis ein sosial gradient, sjølv om han er svakare. Fysisk inaktivitet er ein sjølvstendig risikofaktor for fleire sjukdomar og ei viktig årsak til overvekt og fedme. Inaktivitetsutviklinga har samanheng med livsstils- og samfunnsendringar som inneber redusert kvardagsaktivitet. Aktivitetsnivået i befolkninga er lågare enn ein har rekna med tidlegare og utviklinga går i negativ retning. Særleg urovekkjande er det at dette også rammar sosialt skeivt og medverkar til auka helse-skilnader mellom grupper i befolkninga.

I 2009 røykte om lag 21 pst. dagleg – det tilsvrarar over 800 000 menneske. Det er tre gonger så mange som røykjer mellom dei med grunnskule som høgaste utdanning, samanlikna med dei med universitets- eller høgskuleutdanning. Blant unge (16–24 år) gjekk den delen som røykte dagleg, ned frå 16 pst. i 2007 til 15 pst. i 2008. På ti år er prosentdelen meir enn halvert.

Alkoholforbruket blant ungdom auka kraftig frå 1993 til 2003, men har gått noko tilbake dei seinare åra. Den største nedgangen ser ein blant gutar. Prosentdelen gutar som seier dei har vore rusa minst ein gong, er høgare i gruppa med låg og middels sosial status enn i gruppa med høg sosial status. Prosentdelen jenter som seier dei har vore rusa minst ein gong, er derimot minst i gruppa med middels sosial status og omtrent på same nivået i gruppene med låg og høg sosial status. Prisutviklinga på alkohol viser at den relative prisen på alkohol har gått ned sidan 2000. Den største nedgangen finn vi for sterkvin og brennevin. Det har vore ein auke i talet på skjenkestader frå 1992 til 2008, og talet på skjenkestader med løyve til å skjenkje brennevin (gruppe 3) har auka forholds-

vis kraftig i denne perioden. Prosentdelen skjenkestader som berre har løyve til å skjenkje alkoholhaldig drikk i gruppe 1 og 2 har gått ned.

Verkemiddel

Føringane for ernæringsarbeidet er lagde i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkninga (2007–2011). Det vert lagt vekt på å redusere sosiale skilnader i kosthaldet. I 2007 vart avgifta på alkoholfrie drikkevarer lagt om slik at avgiftsplikta omfattar drikkevarer som er tilsett sukker eller søtstoff. Drikkevarer utan tilsett sukker/søtstoff, t.d. Farris, jus og liknande er det ikkje avgift på. Avgifta auka frå 1. januar 2009 med om lag 60 pst. Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartement har i 2010 starta opp eit arbeid for å vurdere om nye reglar i EU om merking av totalt sukkerinnhald kan danne grunnlag for ei ny gradert sukkeravgift. Dette arbeidet held fram. Andre mulige endringar for å gjere dagens avgifter på alkoholfrie drikkevarer, sukker og sjokolade og sukkervarar meir treffsikre vil bli vurdert.

Merkeordninga Nøkkellolet for sunn mat vart innført ved eiga, felles nordisk forskrift i 2009. Undersøkingar viser at forbrukarane har god kjennskap til denne ordninga, som skal medverke til å gjere det enklare å velje sunt og til å redusere sosiale skilnader i kosthald. Det er sett i gang arbeid med å kartleggje om utviding av nøkkelholtsmerking til kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarknaden er rett veg å gå for å betre tilbod og tilgang på sunnare alternativ. Helsestyresmaktene vil i 2010/2011 lansere nye kostråd som ledd i arbeidet med å nå ut med kosthaldsinformasjon til heile befolkninga.

Helsestyresmaktene er opptekne av kva marknadsføring av usunn mat og drikk overfor barn og unge har å seie på kosthald. Noreg har sidan 2007 leidd eit europeisk nettverk som arbeider for å redusere marknadsføring av usunn mat og drikk overfor barn og unge. Arbeidet er eit samarbeid med Verdas helseorganisasjon (WHO).

Gratis utdeling av vitamin D-dropar til spedbarn med ikkje-vestleg innvandrarbakgrunn er eit verkemiddel for å førebyggje rakitt. Tilbodet er landsomfattande sidan våren 2009.

Det er lange tradisjonar for å ta i bruk avgifter og tiltak for å redusere tilgang både i det tobakksførebyggjande arbeidet og i alkoholpolitikken. Det er i 2009 fastsett ei forskrift om innføring av biletåtvaringar på tobakkspakkane. Denne påbyr biletåtvaringar på sigarettpakkane frå juli 2011 og på andre tobakksprodukt frå januar 2012. Merking med åtvaring treffer alle i målgruppa, og sto-

re åtvaringar med bilete fungerer uavhengig av språk og leseferdigheiter.

Tiltak for å redusere rusmiddelbruk er viktige for å betre sosiale levekår og redusere sosiale helseskilnader. Dette er også understreka i Regjeringa sin opptrappingsplan for rusfeltet. Over 80 pst. av tiltaka i planen er sette i verk. Rusmiddelproblem fører til at mange fell ut av arbeidslivet, og rusførebygging er difor også viktig i eit fattigdomsperspektiv. Å styrkje rusførebygginga i arbeidslivet er eit viktig delmål i opptrappingsplanen. I tillegg er det ei stor satsing på tidleg intervensjon for å styrkje tilbodet til utsette grupper og hindre at rusmiddelproblem utviklar seg. Som eit ledd i dette er rettleiaren Frå bekymring til handling utarbeidd i eit samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Politidirektoratet og Utdanningsdirektoratet, som inneheld kunnskap om risiko- og vernefaktorar og tilrådingar om korleis ein kan handle på bakgrunn av bekymringar. Den nasjonale satsinga vert ført vidare og styrkt i 2010 for å medverke til endra praksis i kommunane, mellom anna gjennom dei sju regionale kompetansesentera på rusfeltet.

Staten og Oslo kommune inngjekk i 2007 ein 10-årig intensjonsavtale om eit samarbeid for å betre miljø- og leveforholda for befolkninga i Grovuddalen. Same året vart det sett i gang ei områdebasert satsing på lågterskeltiltak i fleire bydelar i Grovuddalen. Satsinga vert vidareført og vart i 2008 styrkt gjennom ei tilsvarande satsing i bydel Søndre Nordstrand. Satsinga er eit ledd i Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrarbefolkninga, og siktemålet er å styrkje helsa til innvandrarbefolkninga gjennom tiltak som fremjar fysisk aktivitet, gode kostvanar og sunn livsstil, også god tannhelse. Sjå elles avsnittet om sosial inkludering.

Arbeidet med å utvikle og leggje til rette lokalbaserte tilbod for å fremje sunne levevanar med vekt på fysisk aktivitet og sunt kosthald er vidareført i 2009 og 2010. I tråd med føringar for løyvinga frå Stortinget, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008), vert innsatsen målretta mot grupper med forhøgd risiko for å utvikle sjukdom relatert til levevanar. Det vert lagt vekt på å inkludere minoritetsgrupper og på å jamne ut sosiale helseskilnader. Tilboda byggjer på kunnskap og erfaringar frå mellom anna evalueringa og oppfølginga av grøn resept-ordninga. Ved utgangen av 2009 var det etablert såkalla frisklivstilbod i om lag 70 kommunar eller interkommunale samarbeid. I mange kommunar vert det lagt til rette for samarbeid mellom frisklivstilbodet, Nav, spesialisthelseteneste, attføring, frivillige organisasjonar og lågter-

skeltilbod i regi av andre lokale aktørar. Ein viser til nærmare omtale av tilbod for å fremje sunne levevanar under kap. 719, post 60.

Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) er gjennomført og evaluert. Evalueringa rår til at ein fører arbeidet vidare, og viser at trendar i samfunnet stør opp under dette samtidig som det er etablert eit større medvit om kva fysisk aktivitet har å seie for helse og livskvalitet. Ein arbeider med prioriteringar i ei vidare nasjonal satsing på auka fysisk aktivitet i befolkninga. Ein viser til nærmare omtale under kap. 719, post 73.

Helsetenester

Mål

Målet er likeverdige helse- og omsorgstenester både med tanke på tilgang, bruk og resultat. Delmåla omfattar (1) styrkt kunnskap om sosiale skilnader i bruk av helsetenester og (2) Styrkt kunnskap om forhold som medverkar til sosiale skilnader i bruk av helsetenester og forhold som kan motverke slike skeive forhold.

Utvikling

Vi har framleis lite tilgjengleg kunnskap om eventuelle sosiale skilnader i tilgang til helsetenester. Statistisk sentralbyrå har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet analysert om det er systematiske skilnader i bruk av helsetenester etter utdanning, yrke og/eller inntekt i den norske befolkninga med utgangspunkt i datamaterialet frå helse- og levekårsundersøkingane. Rapporten avdekkjer nokre sosiale skilnader i bruk av enkelte typar primærhelsetenester og i bruk av spesialisthelsetenester for enkelte aldersgrupper. Hovudinstrykket er at i den grad det vert avdekt slike skilnader, så følgjer det ein sosial gradient. Det vil seie at prosentdelen som bruker ulike helsetenester aukar med stigande utdanning og inntekt i grupper med same behovet for helsetenester. Den sosiale gradienten er sterkare blant menn enn blant kvinner.

I 2009 lanserte Helsedirektoratet rapporten *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetjenester*. Rapporten var utarbeidd av forskar Jon Erik Finnvold ved Statistisk sentralbyrå, og var ei kunnskapsoppsumming og presentasjon av forskning som seier noko om korleis helsetenesta fungerer overfor ulike sosiale grupper. Rapporten presenterer forskning som mellom anna ser på moglege vridingsmekanismar i helsevesenet, slik som fritt brukarval og ulike finansieringsordningar. Vidare viser ein litteraturgjennomgang at for-

delingseffektar i liten grad vert problematiserte når ein introduserer systemreformer. Til slutt i rapporten vert det presentert ein studie som viser at for barn med astma i Noreg ser det ut som sannsynet for å få behandling på det mest spesialiserte nivået i behandlingsskjeda aukar med utdanninga til foreldra.

Verkemiddel

Med utgangspunkt i Nasjonal helseplan 2007–2010 er det starta eit arbeid med å fastsetje nasjonale indikatorar som måler kvalitet, yting og effekt av helsetenester ut frå eit sett internasjonale kvalitetskriterium. Det er eit mål å utvikle indikatorar som skal seie noko om tilgangen til helsetenester og ulikskapar på tvers av faktorar som m.a. fagfelt, kjønn, alder og geografiske område – målt med utgangspunkt i heile befolkninga.

I St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetenester legg regjeringa ein heilskapleg politikk for tannhelsetenester til befolkninga. Det overordna målet er utjamning av sosiale skilnader i tannhelse. Helsedirektoratet har bestilt to rapportar frå Statistisk sentralbyrå som ei oppfølging av Levekårsundersøkinga 2008. Rapportane skal handle om den delen av utvalet som oppga å ha sjølvrapportert dårleg eller svært dårleg tannhelse. Rapportane vil mellom anna sjå på kva andre sosiøkonomiske variablar som kjenneteiknar denne gruppa.

I februar 2007 vedtok Stortinget å endre helseregisterlova for å etablere eit personidentifiserbart Norsk pasientregister (NPR). Per i dag vert det samla inn data som kan personidentifiserast frå somatiske sjukehus, psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for vaksne og spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. I tillegg inneheld NPR data om ulykker og skadar behandla ved Oslo skadelegevakt ved Ullevål universitetssykehus frå 1. mai 2009. Data i NPR som kan personidentifiserast kombinert med kopling mot sosiøkonomiske register gjer det mogleg å studere utbreiing av sjukdom og helsetenesteforbruk etter sosiale kjenneteikn som utdanning og inntekt. Aktuelle temaområde kan vere dei store folkehelsesjukdomane som KOLS eller diabetes, førekomst av ulykker og skadar, eller behandling i psykisk helsevern. Helsedirektoratet har oppretta ein dialog med NPR om høve til å studere sosiale skilnader i helsetenestebbruk.

Sosial inkludering

Mål

Målet er å betre levekåra for dei vanskelegast stilte. Dette omfattar delmåla (1) forholdsvis færre vaksne med svake grunnleggjande ferdigheiter i skulen, (2) gi fleire moglegheit til å kome i arbeid, (3) syte for at ingen er bustadlause, (4) betra tilgang til og styrking av helse- og omsorgstenester for utsette grupper, og (5) reduserte levekårsskilnader mellom geografiske område.

Utvikling

Det finst per i dag inga god oversikt over kor stor del av vaksnebefolkninga som manglar kompetanse på grunnskulenivå eller tilsvarende grunnleggjande ferdigheiter etter Kunnskapsløftet, og dermed ikkje kor stor del deltakarar i vaksneopp-læring utgjer av vaksne med kompetansebehov. Vi har heller ikkje god oversikt over kva utdanning innvandrarakar har når dei kjem til Noreg. Det er behov for å utvikle betre statistikk på dette området. Utdanningsdirektoratet er inne i ein prosess med å utvikle indikatorar i samheng med vidareutvikling av Nasjonalt kvalitetsvurderingssystem.

56,1 pst. av innsette i fengsel og 30,9 pst. av innbyggjarane i Noreg har grunnskule som høgaste fullførte utdanningsnivå. 10 pst. av dei innsette har ikkje fullført grunnskulen, og 86,6 pst. av dei innsette under 25 år har ikkje fullført vidaregåande opplæring. Om lag 40 pst. av dei innsette rapporterer om lese- eller skrivevanskar.

4,8 mrd. kroner er nytta til Startlån i 2009, og det vart utbetalt i alt 7893 Startlån. Dette er 21 pst. fleire saker enn på tilsvarende tidspunkt i 2008.

Verkemiddel

Utdanning har ein tydeleg samheng med levekår. Svake grunnleggjande ferdigheiter og manglande grunnutdanning aukar faren for å falle ut av arbeidslivet. Det er difor eit mål å løfte kunnskapsnivået for dei som treng det mest. Motivasjon, god rettleiing, finansiering av livsopphald under utdanning og fleksible ordningar for læring både innanfor og utanfor utdanningssystemet er viktige faktorar. Regjeringa har i 2010 vidareført Program for basiskompetanse i arbeidslivet (BKA) for å styrkje lese-, skive-, rekne- og IKT-ferdigheitene til vaksne, og programmet vart styrkt med endå 20 mill. kroner i revidert nasjo-

nalbudsjett. I 2009 og 2010 vidareførte og styrkte Regjeringa innsatsen for integrering og inkludering av innvandrarbefolkninga, mellom anna gjennom introduksjonsprogrammet. Programmet som omfattar opplæring i norsk og samfunnskunnskap, eit tiltak der føremålet er å styrkje mogleheitene nyss komne innvandrarakar har for å delta i yrkes- og samfunnslivet. Ny sjanse er ei forsøksordning som har til føremål å prøve ut metodar for å kvalifisere innvandrarakar utan fast tilknytning til arbeidsmarknaden, til utdanning eller arbeid. Sistnemnde vart styrkt med 15 mill. kroner i 2009 og opplæringa i norsk og samfunnskunnskap med 95 mill. kroner. Ny sjanse vil i 2011 rettast mot innvandrarakar frå landgrupper med låg sysselsetjing og høg arbeidsløyse, innvandrarkvinner som er heime med barn og som ikkje får sosialhjelp, arbeidslaus innvandrarakungdom mellom 18 og 25 år som er avhengige av sosialhjelp og langtidsledige innvandrarakar som får sosialhjelp.

Dei viktigaste oppgåvene til Husbanken er å medverke til å førebyggje og motverke at nokon er bustadlause. Tiltak som stør dette målet har første prioritet innanfor alle låne- og tilskotsordningane som Husbanken forvaltar. Omlegginga av bustøtteregulverket frå juli 2009 førte til at om lag 14 500 fleire fekk bustøtte ved utgangen av 2009. Dei nye mottakarane er til dels einslege forsørgjarar og barnefamiliar, men først og fremst einslege. Det å skaffe fram utleigebustader til vanskelegstilte sto sentralt i statsbudsjettet for 2009. I samband med tiltakspakken frå regjeringa som vart lagd fram i januar 2009, vart det løyvt endå 555,6 mill. kroner til dette føremålet, noko som gav rom for endå 1500 utleigebustader. I alt 2441 utleigebustader har vorte finansierte via bustadtilskotet. Dette er ein auke på 150 pst. samanlikna med 2008.

Forutan mål om å hjelpe fleire vanskelegstilte med bustad, arbeider Husbanken saman med relevante aktørar for eigna butilbod til personar som vert lauslatne frå fengselsopphald eller utskrivne frå institusjon. Å gi ungdom i overgangen frå barnevernstiltak og andre vanskelegstilte ungdommar hjelp til å skaffe seg bustader har også vore prioritert. Ein arbeider mot eit mål om at ingen skal opphalde seg meir enn tre månader i mellombels butilbod og at nødvendige akutt plassar får ei verdig utforming og vert berre nytta i ein kort periode.

Norsk institutt for by- og regionsforskning har på oppdrag frå Husbanken gjennomført ei undersøking om utkasting og tvangssal. Det har vore ein nedgang i talet på krav om utkasting og talet på fråvik frå 2007 til 2008, etter ein sterk auke frå 2006 til 2007. Det er avgrensa datatilgang med tan-

ke på å lage ei oversikt over kven som vert kasta ut. Kvalitative data tyder på at økonomien er god nok, men at ein likevel ikkje betaler husleiga. Dette kan ha samband med tilleggsvanskar knytte til rus og/eller psykiatri. Unge som bur aleine og einslege forsørgjarar er overrepresenterte mellom dei som vert ramma av tvangssal. Utdanning er av dei mest effektive tiltaka for å førebyggje tilbakefall til kriminalitet. Undervisningstilbodet i fengsla er difor vorte mykje styrkt dei siste åra. Det er no etablert eit skuletilbod i alle norske fengsel der det skal vere eit skuletilbod.

Fengselspopulasjonen i norske fengsel har til dels omfattande rusmiddelproblem. I tillegg har ein stor del også psykiske problem/lidingar. Det vert arbeidd med å få på plass individuell plan som verktøy for innsette med behov for langvarige og samordnande tenester. Samarbeidet med andre aktørar (spesialisthelsetenesta innafor psykisk helsevern og rus, kriminalomsorga, sosialtenesta i kommunane og Nav) er vidareutvikla m.a. gjennom etablering av ei helsefagleg ressursgruppe som skal utvidast til også å omfatte representantar for sosialtenesta. Dei fleste fengsel har sett i verk legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er etablert samarbeid mellom Nav-kontor og nokre større fengsel.

Kriminalomsorga har nyleg utarbeidd ein heilskapleg strategi for å motverke rusmiddelmissbruk i fengsla for perioden 2008–2011, som skal sikre betre rehabilitering og behandling av innsette og domfelte rusmiddelbrukarar. Rusmeistringseiningane er etablerte for rusmiddelavhengige i fengsel og som er vurderte til å ha rett til nødvendig helsehjelp for det å vere rusmiddelavhengig. Det er i 2009 etablert 6 nye rusmeistringseiningar. Samtidig legg ein opp til auka bruk av overføring til straffegjennomføring utanfor fengsel etter straffegjennomføringslova § 12 (behandlings- eller omsorgsinstitusjon). Promilleprogrammet skal utvidast til å omfatte andre rusmiddel enn alkohol. Den treårige prøveordninga med straffereaksjonen Narkotikaprogram med domstolskontroll vil verte lengd til 2011.

Ordninga med lågterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige er oppretta for å gi eit helsetilbod til rusmiddelavhengige med store helseproblem, og som ikkje klarer å bruke det ordinære helsetilbodet. Det er også sett i verk eit forsøk med koordinerande tillitsperson i 28 kommunar. Koordinerande tillitsperson skal medverke til å betre samhandlinga mellom dei ymse nivåa og tenestene og styrkje individuell oppfølging. Frå 2008 er det etablert rusrådgivarar hos Fylkesmannen. Rusrådgivaren skal medverke til at fleire

kommunar kan dra nytte av ymse statlege tilskotsordningar for å gi brukaren individuell oppfølging og auke den delen som får individuell plan. Tilskotsordninga til kommunalt rusarbeid vart styrkt med 59 mill. kroner for 2009, til saman over 300 mill. kroner. Ei styrking av kommunalt rusarbeid vil medverke til utbygging og gjennomføring av akutt-tiltak, lågterskeltiltak, tiltak før, i staden for og etter opphald i spesialisthelsetenesta og styrking av oppfølgingstenestene i bustader til rusmiddelavhengige.

For å styrkje kvaliteten i tenestene skal det lagast rettleiarar og retningslinjer for heile rusfeltet fram til 2015. Dette gjeld til dømes retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasientar med samtidige psykiske lidningar og ruslidningar, retningslinjer for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering og barna deira, og dessutan retningslinjer for opioid-avhengige. I løpet av 2010 har Helsedirektoratet i oppdrag å lage rettleiarar for tilvising til tverrfagleg spesialisert behandling, rettleiar for kommunalt rusarbeid og retningslinjer for tverrfagleg spesialisert behandling.

Gjennom opptrappingsplan for rusfeltet er ambisjonen at tenestene skal verte meir tilgjengelege for dei om lag 60 pst. av innsette i norske fengsel som har rusmiddelproblem. Personar som er rusmiddelavhengige må sikrast tilgang til raskare hjelp på alle nivå. Det skal opprettast fleire behandlingsplassar, det kommunale rusarbeidet skal prioritere vekst i kapasitet, med tiltak som til dømes individuell oppfølging, lågterskeltiltak og oppfølgingstenester. For å betre helsetenestetilbodet skal kapasiteten i kommunane, i tverrfagleg spesialisert behandling og tilbodet frå dei frivillige organisasjonane betrast.

I 2010 vart det gitt eit tilskot på 323 mill. kroner til kommunalt rusarbeid fordelt på om lag 240 kommunar. Om lag 250 mill. kroner vert gitt i tilskot til frivillige organisasjonar, både til førebyggjande og rehabiliterande føremål. Mange aktivitets- og lågterskel arbeidstiltak som t.d. aviser som «Oslo, Metafor, Virkelig osv. får støtte gjennom denne ordninga. Kirkens Bymisjon har på oppdrag frå Helse og omsorgsdepartementet etablert 24SJU for å tilby eit døgnoppe helse- og velferdstilbod for dei mest hjelpetrengjande rusmiddelavhengige i Oslo. Tilbodet vil ha fagpersonar som arbeider både ambulant og oppsøkjande, heile døgnet, heile året. Ei arbeidsgruppe har greidd ut problemstillingar knytte til den heilskaplege pasientutviklinga for rusmiddelmissbrukarar gjennom arbeidet med Samhandlingsreforma.

For 2009 og 2010 er det årleg sett av 50 mill. i statsbudsjettet til utvikling av organisatoriske forpliktande samhandlingsmodellar mellom kommune og spesialisthelsetenesta innan psykisk helse og til etablering av ACT-team (Assertive Community Treatment). Tiltaka rettar seg mot menneske med alvorlege psykiske lidningar med langvarige og samansette behov for samtidige tenester frå både spesialist- og primærhelsetjenesta. Det vil i løpet av 2010 vere etablert 16 ACT-team og 45 samarbeidsprosjekt rundt om i landet. Ein nasjonal evaluering av ACT-satsinga er i gang. Behandlinga vert gitt der pasienten/brukaren oppheld seg; det vere seg i eigen heim, på arbeid/skule, oppfølging under institusjonsopphald etc. På oppdrag frå Helsedirektoratet er det også sett i gang ei nasjonal, forskingsbasert evaluering av ACT-satsinga.

Under innsatsen for sosial inkludering er det eit mål å redusere levekårsskilnader mellom geografiske område. I Noreg har dødsraten dei siste 30 åra vore gjennomgåande lågast på Vestlandet og høgast i Nord-Noreg. Det kan også vere store lokale skilnader. I Oslo er den venta levetida heile 10–12 år lengre i dei vestlege enn i dei austlege bydelane. Ei av forklaringane på slike geografiske skilnader er at det er samheng mellom bustad og sosiale forhold. Områdesatsingar i Grorudalen og Oslo Sør omfattar tiltak for å betre barns oppvekstvilkår og har gjort det mogleg å prøve nye tiltak for å møte spesielle helseutfordringar i innvandarbefolkninga. Desse tilboda er nærmare skildra under innsatsområdene oppvekst og helse-åferd.

Gjennom tiltaket Ungdomsfyrårn skal alle bydelane utvikle og drive eit ungdomstilbod. Dei enkelte tiltaka vart starta opp i 2007 og er vidareførte i 2008 og 2009. I bydel Bjerke har tiltaket Nysirkus vore gjennomført som planlagt også i 2009.

Nav Ung 16–24 er eit tiltak som har til føremål å fange opp ungdom som fell ut av vidaregåande skule. Det vert stilt 15 tiltaksplassar til disposisjon for tiltaket og det skal gjennomførast i bydelane Grorud og Stovner. Prosjektet har i dag 12 deltakarar. Januar 2010 starta prosjektet opp att og vert utvida med to tilsette, ein i kvar bydel.

Rapportering

Utviklinga på innsatsområda i stortingsmeldinga skal følgjast gjennom eit rapporteringssystem som skal gi systematisk og oppdatert oversikt over utviklinga av arbeidet for å redusere sosiale helseskilnader. Det er etablert eit interdepartementalt samarbeid om utvikling av denne rapporteringa. Helsedirektoratet har fått ansvaret for

utviklingsarbeidet i nært samarbeid med aktuelle fagdirektorat og fagmiljø. Direktoratet skal gi ut ein årleg rapport basert på rapporteringssystemet. Den første rapporten vart utgitt hausten 2009, og den andre rapporten kjem ein gong hausten 2010.

Sektorovergripande verktøy

Kommunehelseprofilar skal gjere data om faktorar som påverkar helsa, data om helsetilstand og data om helsetenester meir tilgjengelege for kommunane. Helsedirektoratet utfører arbeidet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt. I 2009 arbeider ein med å utvikle fleire indikatorar med vekt på forhold som påverkar helsa.

Ny plan- og bygningslov tredde i kraft 1. juli 2009. I tillegg til miljø, samfunnstryggleik og barn og unges oppvekstmiljø er helse mellom dei omsyna som har fått sterkare fokus. I lovas kapittel 3, § 3-1 f går det fram at planlegginga skal ta vare på omsynet til folks helse og motverke sosiale helseskilnader. Dei nye planføresegnene understøttar den sektorovergripande planlegginga i fylke og kommunar.

Ny forskrift til konsekvensutgreiingar, med heimel i plan- og bygningslova, tredde også i kraft 1. juli 2009. Her er helseperspektivet og plan styrkt som verkemiddel for å motverke sosiale helseskilnader, jf. ny formulering i § 4 i forskrifta: «Planer og tiltak som etter § 3 skal behandles etter forskriften dersom de kan få konsekvenser for helsen fordelt i befolkningen.»

Ny lov om fylkeskommunars oppgåver i folkehelsearbeidet, gjeldande frå 1. januar 2010, pålegg fylkeskommunane å medverke til ei jamnare sosial fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa (§1). I tillegg skal fylkeskommunane ha den nødvendige oversikta over helsetilstanden i fylket og dei faktorane som kan verke inn på denne, også trekk ved utviklinga som kan skape eller halde oppe sosiale helseskilnader. Det går føre seg eit utgreiingsarbeid i breitt samarbeid med KS, representantar frå fylkeskommunane, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet om konkretisering av rolla til fylkeskommunane i folkehelsearbeidet, og om metodar for å skaffe fram fylkesvise oversikter over helse, og faktorar som påverkar denne.

Helse i plan er eit femårig utprøvingarbeid som vert avslutta i 2010, leidd av Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Helsedirektoratet, og har som hovudmål å utvikle metodar ved bruk av plan og bygningslova som

verktøy for å forankre folkehelse i kommunale og regionale plan- og styringsdokument, også plan som verktøy for å motverke sosiale helseskilnader. Det ligg føre ein rekkje rapportar utarbeidd av Helsedirektoratet og dessutan meir forskingsbaserte undervegs- og sluttrapport utarbeidd av Møreforskning og Norsk institutt for by- og regionforskning.

Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med utviklingsarbeid på folkehelseområdet, der sosial ulikskap i helse inngår, til dømes gjeld dette arbeid med utkast til ny helse- og omsorgslov og utkast til ny folkehelselov og dessutan ny Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Kunnskapsutvikling

Regjeringa etablerte frå 2007 ei ny og heilskapleg satsing på forskning om sjukefråvere og utstøytning gjennom Program for forskning om årsaker til sykefravær, uførhet og utstøytning (2007–2016) i regi av Noregs forskingsråd. Forskningsprogrammet skal medverke til betre kunnskap om årsakene til sjukefråvere, uførleik og utstøytning frå arbeidslivet. Folkehelseprogrammet i Noregs forskingsråd skal medverke til å auke kunnskapen om helsefremjande og sjukdomsførebyggjande tiltak. Prioriterte område er fysisk aktivitet, kosthald, psykisk helse og sosial ulikskap i helse. Forskningsrådet skal leggje spesiell vekt på prosjekt som inkluderer problemstillingar knytte til sosial ulikskap i helse og oppfølging av Handlingsplan for betre kosthald i befolkninga 2007–2011. Program for helse- og omsorgstenester i Noregs forskingsråd skal stimulere til utvikling av relevant ny kunnskap om helse- og omsorgstenesta. Forskningsrådet skal leggje vekt på prosjekt som inkluderer problemstillingar knytte til sosial ulikskap i tilgjengelegheit, bruk og resultat av helse- og omsorgstenesta.

Ved Nasjonalt folkehelseinstitutt er forskning og helseovervaking ein vesentleg del av verksemda. Instituttet har sett i gang eit arbeid med å lage eit presentasjonssystem for å overvake sosiale helseskilnader. Overvakingssystemet vil innehalde tekst og tal på indikatorar som er viktige i eit overvakingsspektiv. I 2009 har instituttet laga ein rapport om sosiale skilnader i skadar og ulykker i Noreg og Norden. Sosiale helseskilnader inngår som eitt av ti temaområde i forskingsstrategien til Divisjon for epidemiologi for perioden 2009–2013. I denne perioden har divisjonen som mål å:

- Beskrive sosiale forskjeller i sykkelighet og dødelighet gjennom tidsperioder

- Beskrive sosiale forskjeller i helsetilstander som er forbundet med særlig nedsatt livskvalitet
- Beskrive sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester
- Beskrive sosiale forskjeller i helserelatert atferd og i forekomst av sykdomsframkallende og sykdomsbeskyttende eksponeringer
- Forstå hvordan sosiale helseforskjeller oppstår ved å følge familier over generasjoner og søsken gjennom lange tidsperioder

Fleire forskingsprosjekt er sette i gang, til dømes analysar av sosiale skilnader i dødsrate i ulike aldersgrupper over tid.

7 Andre særlege tema

7.1 Sektorovergripande miljøvernpolitikk

Helse- og omsorgsdepartementet si målsetjing er å oppnå tryggare og meir helsefremjande miljø. Viktige tiltak er å tydeleggjere miljøfaktorane i folkehelsearbeidet, støtte kommunane sitt arbeid med miljøretta helsevern, under dette god forvaltning av regelverk, bidra til å førebygge skader og ulykker, førebygge forgiftingar, førebygge astma, allergi og inneklimasjukdommar, og forbetre miljø og helse for barn. Forslag til ny lov om folkehelsearbeid skal sendast på høyring oktober 2010, og trer etter planen i kraft 1. januar 2012. Lova skal mellom anna bidra til betre prioritering og systematisk arbeid innan folkehelse, under dette miljøretta helsevern.

Departementet har lagt til grunn at helseføretaka, med sitt betydelege forbruk, må ta miljøansvar. Gjennom innkjøpa sine har dei ei makt som kan bidra til å påverke både produsent- og leverandørsida på ein positiv måte. Med ein bygningsmasse på om lag 4 mill. kvm bidreg helseføretaka til betydelege utslepp av klimagassar, både gjennom eiga drift og gjennom anskaffingar. Innkjøp av utstyr, materiell og tenester utgjer meir enn 16 mrd. kvart år. I tillegg er sektoren ein stor byggherre med mange store prosjekt innan utbygging. Departementet har i møter bedt dei regionale helseføretaka om å følge opp regjeringa sin Handlingsplan 2007–2010, Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffingar. Det blei i 2008 publisert ein rapport som kartlegg etablerte miljøtiltak med overføringsverdi og som utredar nye miljøtiltak innanfor spesialisthelsetenesta. Dei regionale helseføretaka er bedt om å arbeide i fellesskap for å sikre ei heilskapleg tilnærming for å oppfylle dei nasjonale miljø- og klimamåla med utgangspunkt i rapporten sine anbefalingar. Arbeidet er organisert som eit prosjekt der dei regionale helseføretaka samarbeider, og vert leia av Helse Vest RHF. Dei er bedt om å følge opp anbefalingane frå rapporten med omsyn til utvikling av miljøkrav i samband med innkjøp. Dei skal i samarbeid vurdere strategiar for å nå regjeringa sine målsetjingar på miljø- og klimaområdet ved bruk av samordna innkjøp. I 2009 blei det etablert eit felles miljø- og klimaforum for dei regionale helseføretaka. Forumet

er rådgjevande og vert leia av Helse Vest RHF. Alle dei regionale helseføretaka og kvart einskilt helseføretak deltek i forumet. Dei er bedt om å vurdere i samarbeid om helseføretaka bør verte miljøsertifiserte. Dette arbeidet finn stad no, og det er laga ein rapport som skal på høyring i alle helseføretak i landet, før den vert sendt til Helse- og omsorgsdepartementet innan 1. oktober 2010.

Statens strålevern overvakar førekomsten av radioaktive stoff i miljøet i Noreg. Målingar blir gjort jevnleg av luft, jord, vatn, fisk, sediment og utvalde indikatororganismar, samt i husdyr og enkelte matvarer som ein del av det nasjonale programmet for overvaking. Dette dannar ein del av basisen for vurderingar av konsekvensar og studiar av effektar. I tillegg har Strålevernet bygd opp ein omfattande beredskap for å redusere konsekvensane av eventuelle atomulykker. Strålevernet har også eit målenettverk og eit verktøy for varsling og prognose som gjer det mogeleg å redusere risiko for solskader. Lov 12. mai 2000 om strålevern og bruk av stråling og forskrift 21. november 2003 om strålevern og bruk av stråling inneheld mellom anna føresegnar om disponering av radioaktive stoff, inkludert utslepp. Miljøverndepartementet har det konstitusjonelle ansvaret for radioaktiv forureining og anna stråling i det ytre miljøet, og har fått delegert myndigheit etter strålevernlova og strålevernforskrifta sine føresegnar om ytre miljø, jf. kgl. res. 10. november 2006. I avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Miljøverndepartementet av 2006 vert Strålevernet sine fagdirektoratfunksjonar overfor Miljøverndepartementet omtalt på dette området. Regjeringa har hatt på høyring forslag til regelverk under Statens strålevern i form av ny strålevernforskrift og ny forskrift om radioaktiv forureining i det ytre miljø. Målet er at begge forskriftene trer i kraft samstundes 1. januar 2011.

Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, samt Statens helsetilsyn, helsetilsyna i fylka og fylkesmennene, er rådgjevarar for sentrale og lokale helsemyndigheiter, og dei greier ut og tek del i overvaking av miljøforureining. Både forskrift om miljøretta helsevern og kommunehelsetenestelova peikar på kommunane sitt ansvar for oversikt, rådgjeving og medverknad som ledd i arbeidet med å

fremje folkehelse og bidra til gode forhold med omsyn til miljøet. Kommunane skal også gjennom planlegginga si sikre befolkninga mot skadelege faktorar i miljøet, mellom anna biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innverknad på helsa.

Nasjonalt strategi for barns miljø og helse, Barnas framtid, for planperioden 2006–2016 skal følgjast opp. Som eit ledd i oppfølginga av strategien skal Statistisk sentralbyrå leie arbeidet med å utvikle statistikk, eit nasjonalt barnebarometer, om barn sitt miljø og helse. Fyrste rapportering vil bli lagt fram i 2011.

7.2 Oppfølging av likestillingslova sitt krav om å gjere greie for likestilling

Det overordna målet for norsk helseteneste er at brukarar og pasientar skal få eit likeverdig tilbod uavhengig av den enkelte sin økonomi, sosiale status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Departementet sitt mål for ei likestilt helseteneste er konsentrert om to aksar. Den eine er å inkludere kjønnspektivet i all verksemd der dette er relevant. Den andre er å rette særskilt merksemd mot lidingar som kvinner eller menn har, eller sjukdommar kor det eine kjønn er i fleirtal eller har spesielle vanskar. I departementet sine styringsdokument er dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet bedne om å leggje vekt på at helsetenestene vert utvikla i eit kjønnspektiv. Særskilde utfordringar knytt til kvinners eller menns helse skal bli møtt med tilstrekkeleg kunnskap og ressursar.

Strategiplan for kvinners helse 2003–2013 som blei presentert for Stortinget i St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge, inneber at perspektivet på kjønn skal vere sentralt i sektoren for helse og omsorg, både i forskning, utforming av politikk, førebygging og tenester. Det er etablert ei strategisk satsing på forskning på kvinner si helse i regi av Noregs forskingsråd. Perspektivet på kjønn er nedfelt i Forskingsrådet sine nye programplanar. I 2009 fekk åtte prosjekt tilskot frå dei øyremerka midlane knytta til Kvinner si helse i Noregs forskingsråd. Desse prosjekta inngår i porteføljen til fleire av helseprogramma og omhandlar mellom anna tema som kvinner og osteoporose, sosial ulikskap i kvinner si helse, brystkreft og effekt av fysisk aktivitet, vald mot kvinner og om svangerskap. I Forskingsrådet si totale portefølje var det i tillegg 31 andre prosjekt med heilt spesifikk relevans for kvinnehelse. Perspektivet på kjønn er relevant i

større randomiserte kliniske studier i programmet Klinisk forskning, men også i epidemiologiske og andre studier i Folkehelseprogrammet. Programmet Klinisk forskning hadde 14 større kliniske studier i 2009, fire av desse har adressert kjønnspektivet spesifikt i studiedesign og/eller analysar. Av dei fire studia er eit innanfor hjarte-/karlidingar, to om diabetes, eit om hjerneslag og eit innanfor rygg og andre muskel/skjelettlidingar. Perspektiv og bevisstgjerung om ulikskap mellom kjønn i klinisk forskning er teke hand om gjennom styringsbodskap til dei regionale helseføretaka.

I 2006 etablerte Helse- og omsorgsdepartementet eit nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse knytta til Oslo universitetssjukehus HF, Rikshospitalet. Kompetansesenteret har særskilde oppgåver innan forskning, kompetanseoppbygging, rådgjeving og formidling av kunnskap om kvinnehelse.

Å utvikle gode rekrutteringsstrategiar for menn i omsorgsyrka krev betre og meir systematisk kunnskap enn vi har i dag. Gjennom regjeringa sin plan for kompetanse og rekruttering, Kompetanseløftet 2015, er det gitt støtte til prosjektet Menn i omsorgsyrker ved Høgskolen i Telemark, som vert avslutta i 2010. Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrevet for 2010 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å greie ut korleis Kompetanseløftet 2015 kan medverke til å få fleire menn i omsorgsyrka. Oppdraget er mellom anna forankra i St.meld. nr. 8 (2008–2009) om menn, mansroller og likestilling.

Regjeringa har lagt fram ein opptrappingsplan for rusfeltet (2006–2010) med ei heilskapleg satsing på feltet. Eit hovudmål er å gi individuelt utforma tenestetilbod, som mellom anna er tilpassa kvinner sine særskilde behov.

Gatehospitalet til Frelsesarmeen gir eit tilbod til rusmiddelavhengige som treng døgnbasert tilbod innan pleie og omsorg med medisinsk oppfølging. Erfaringane frå Gatehospitalet er at kvinner har behov for eit skjerma og tilpassa tilbod i denne fasen. Helse- og omsorgsdepartementet har styrka tilskotet slik at tilbodet frå hausten 2008 er utvida med ei eiga kvinneavdeling.

Likestillingsrapport

Av tilsette i Helse- og omsorgsdepartementet i 2009, var 66 pst. kvinner. Den største gruppa stillingar i organisasjonen er seniorrådgjevarar med 65 pst. kvinner og 35 pst. menn. Tala inneheld ikkje tilsette i utlandet eller dei med permisjon utan løn.

Tabell 7.1 Stillingar, Helse- og omsorgsdepartementet 2009 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	5/5
Avd.direktør mv.	14/11
Underdirektør	15/4
Spesialrådgjevar	4/3
Seniorrådgjevar	54/29
Rådgjevar	25/11
Seniorkonsulent	3/0
Førstekonsulent	14/7
Konsulent	1/0
Totalt	135/70

Oversikta viser at det i Helse- og omsorgsdepartementet er 63 pst. kvinnelege leiarar når alle leiarstillingar er medrekna. Ser ein øvste leiarnivå åleine, som omfattar departementsråd og ekspedisjonssjefar, var kvinnedelen i 2009 på 50 pst. mot 40 pst. tidlegare år.

Tabell 7.2 Tilhøve løn, Helse- og omsorgsdepartementet 2009 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Dep.råd/eksp.sjef	1 078/1 109
Avd.direktør mv.	687/646
Underdirektør	547/581
Spesialrådgjevar	687/924
Seniorrådgjevar	480/518
Rådgjevar	401/408
Seniorkonsulent	415/–
Førstekonsulent	380/361
Konsulent	328/–
Totalt	471/499

Skilnaden i gjennomsnittleg årsløn mellom kjønna var i 2009 på 27 800 kroner. Dette er ein auke på om lag 10 000 kroner frå 2008.

Tabell 7.3 Arbeidstid, Helse- og omsorgsdepartementet 2009 (kvinner/menn)

Heiltid	113/64
Deltid	15/1
Førebels/vikariat	7/5
Totalt	135/70

Talet på mellombelse stillingar har gått noko ned dei siste åra. Helse- og omsorgsdepartementet hadde eit gjennomsnittleg legemeldt frávær grunna sjukdom i 2009 på 4,2 pst, som er ein liten oppgang frå føregåande år. Dette skuldast mellom anna ein auke i lange legemeldingar.

Tabell 7.4 Frávær grunna sjukdom, Helse- og omsorgsdepartementet 2009

Kvinner	5,1 %
Menn	2,7 %
Totalt	4,2 %

Helse- og omsorgsdepartementet vil som før ha fokus på likestilling i nåverande og framtidige planlagde aktivitetar.

Helsedirektoratet hadde per 31. desember 2009 ein kvinneandel på 68 pst. Den største stillingsgruppa i verksemda var seniorrådgjevarar, 188 kvinner og 104 menn.

Tabell 7.5 Stillingar, Helsedirektoratet 2009 (kvinner/menn)

Assisterande direktør	0/1
Divisjonsdirektør	1/5
Avdelingsdirektør	18/16
Seksjonssjef	4/2
Bibliotekar, farmasøyt, lege	9/6
Seniorrådgjevar	188/104
Rådgjevar	145/49
Prosjektleder	8/6
Førstekonsulent	46/11
Førstesekretær/konsulent	24/6
Totalt	443/206

Det går fram at det var 46 pst. kvinner i gruppa leiarar (assisterande direktør, divisjonsdirektør og avdelingsdirektør). Dette ligg innanfor Hovudav-

talen sitt mål om 40 pst. kvinner i gruppa (HA § 21), og er ein positiv auke på eitt prosentpoeng frå 2008. I gruppa avdelingsdirektørar var det 52 pst. kvinner, medan det i gruppa divisjonsdirektørar var 16 pst. Dette vil direktoratet setje inn tiltak for å betre i 2010, med målretta rekruttering i ledige divisjonsdirektørstillingar. Dei gjennomsnittlege forskjellane i løn mellom kvinner og menn har gått ned frå 70 372 kroner i 2007 til 67 176 kroner i 2009. Utviklinga går i riktig retning, og det er viktig å fortsetje den gode trenden med særlege tiltak i 2.3.4- og 2.3.3-forhandlingar for grupper stillingar der dette kjem fram spesielt. Gjennomsnittleg årsløn i Helsedirektoratet per 31. desember 2009 var 487 049 kroner. Løn til helsedirektøren vert fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet, og er ikkje med i berekninga. Gjennomsnittleg løn for kvinner (utan assisterande direktør og divisjonsdirektør) er 465 759 kroner, og for menn (utan assisterande direktør og divisjonsdirektør) 532 935 kroner. Kvinneløna har halde seg stabil på om lag 87 pst. av mennene si løn. Dette er eit gap som direktoratet har som mål å minske i tida som kjem. I gruppa divisjonsdirektørar var lønsdifferansen 0 i 2007, 27 729 kroner i 2008, medan i 2009 tente den kvinnelige divisjonsdirektøren 3614 kroner meir enn gjennomsnitt for mannlige divisjonsdirektørar.

Tabell 7.6 Tilhøve løn i den øvre leiargruppa, Helsedirektoratet 2009 (kvinner/menn 1000 kr/år)

Assisterande direktør	-/1 028
Divisjonsdirektør	904/900
Totalt	904/922

Tabell 7.7 Tilhøve løn, Helsedirektoratet 2009 (kvinner/menn 1000 kr/år)

Avdelingsdirektør	703/735
Seksjonssjef	546/660
Bibliotekar, farmasøyt, lege	387/703
Seniorrådgjevar	508/543
Rådgjevar	422/419
Prosjektlear	639/663
Førstekonsulent	362/372
Førstesekretær/konsulent	343/329
Totalt	465/532

Det har vore liten prosentvis endring i forskjellen i løn mellom kvinner og menn i dei ulike stillingsgruppene frå 2007 til 2009. I gruppene rådgjevarar og førstesekretær/konsulent tener kvinner litt meir enn menn. Menn har om lag 99 pst. av kvinneløn. Det er ein liten forskjell i løn mellom kjønn i gruppene avdelingsdirektør og førstekonsulent, men utviklinga er negativ sett i likestillingsperspektiv. Kvinneløn har gått frå 97 til 96 pst. og frå 98 til 97 pst. av menn si løn. I gruppa seniorrådgjevar er det noko større lønsforskjell, men ei positiv utvikling, der kvinnene si løn har auka frå 92 til 94 pst. av menn si løn. I gruppa prosjektlear har kvinneløn auka frå 75 til 96 pst. av menn si løn. Dette kan sjåast som ei positiv utvikling, men skuldast meir stillingen sin art. Prosjektlearar vert rekruttert frå ulike kompetansegrupper og for ein avgrensa periode, så data er lite eigna for samanlikning over tid. Den største lønsforskjellen finst i gruppa bibliotekar, farmasøyt og lege, der kvinneløn har vore 58 til 55 pst. av menn si løn. Legar trekkjer gruppa menn opp, og bibliotekarar trekkjer gruppa kvinner ned. I 2009 hadde Helsedirektoratet 15 kvinner og 6 menn i vikariat og 62 kvinner og 27 menn i mellombelse stillingar. Av dei mellombels tilsette var 12 kvinner og 12 menn engasjert for 6 månader.

Tabell 7.8 Arbeidstid, Helsedirektoratet 2009 (kvinner/menn)

Heiltid	348/168
Deltid	19/5
Mellombels/vikariat	77/33
Totalt	444/206

Direktoratet har i all hovudsak eit stabilt sjukdomsfråvær. Kvinner har høgare fråvær enn menn, og kvinner som arbeider deltid har høgare fråvær enn kvinner som arbeider heiltid.

Tabell 7.9 Fråvær grunna sjukdom, Helsedirektoratet 2009 (kvinner/menn, pst.)

Heiltid	7,38/4,04
Deltid	9,17/3,39
Totalt	6,51

13 pst. av dei tilsette avvikla velferdspermisjon i 2009, ni pst. av kvinnene og 23 pst. av mennene. Kvinner nytta velferdspermisjon 255 gonger med

eit snitt på ein dag per gong. Mennene avvikla 66 permisjonar med eit snitt på 2 dagar. 30 pst. av dei tilsette avvikla omsorgspermisjon i 2009, 32 pst. av kvinner og 26 pst. av mennene. Kvinnene nytta velferdspermisjon 552 gonger med eit snitt på 8 dagar per gong. Mennene avvikla 161 permisjonar med eit snitt på fire dagar. Trekkjer ein ut fødselspermisjonar, har 6 pst. av kvinnene, 29 personar, avvikla eit snitt på 66 dagar og tre pst. av mennene, åtte personar, har avvikla 40 dagar.

Helsedirektoratet ønskjer at organisasjonen i størst mogleg grad skal spegle mangfaldet i befolkninga. Målet er å oppnå ei balansert samansetting når det gjeld alder og kjønn, rekruttere fleire personar med innvandrarakgrunn og leggje til rette for personar med redusert funksjonsevne. For å oppnå denne målsettinga har Helsedirektoratet følgjande tiltak:

- Målretta rekruttering for å få eit breitt søkjergrunnlag og med tanke på å få kvinner inn i mannsdominerte stillingsgrupper
- Medviten haldning til å jamne ut skilnader via bl.a. 2.3.4- og 2.3.3-forhandlingar (kvinner, seniorar mv.)
- Sjukdomsfråværet skal følgjast systematisk opp av den enkelte leiar med fokus på førebyggjande tiltak og tilrettelegging. Sjukdomsfråværet vert jamleg tatt opp i AMU, i leiarmøter, i måltavla og i årleg analyse av sjukdomsfråværet. Direktoratet har som mål å redusere fråvær som skuldast sjukdom i 2010. Tiltak for å nå målet vil vere endå tettare oppfølging av sjukmeldte så tidleg som mogleg, med fokus på nærvere, tilrettelegging på arbeidsplassen og ulike tiltak for å leggje til rette for og stimulere eldre arbeidstakarar til å stå lengre i arbeid.
- Internt nærvereprojekt der fokus er å setje i gang gode og målretta tiltak for å legge til rette, førebyggje fråvær som skuldast sjukdom, men også behalde kompetanse ved m.a. å leggje til rette for fleksible og livsfaseorienterte løysingar.
- Annonserer alle stillingar på nettstader for innvandrarar og personar med nedsett funksjonsevne for å tiltrekkje denne gruppa søkjarar til stillingane.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har om lag 910 tilsette pr. 31. desember 2009, av desse er om lag 70 pst. kvinner. I leiande stillingar er det om lag 50 pst. kvinner. Talet på kvinner i faglege seniorstillingar er stabil, men har auka noko for forskarar med professorkompetanse. Instituttet har store grupper tilsette (bioingeniørar, laborantar, admi-

nistrativt personell og yngre akademikarar) der det generelt er overvekt av kvinner.

Tabell 7.10 Andel kvinner, talet på stillingar (samt løn kvinner som andel av løn menn), Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009

Avdelingsingeniør	81% av 112 (100%)
Overingeniør	69% av 87 (94%)
Sr. ingeniør	58% av 36 (101%)
Førstekonsulent/kons	78% av 81 (99%)
Rådgjevar	81% av 67 (98%)
Sr. rådgjevar	71% av 73 (102%)
Overlege	45% av 31 (101%)
Stipendiat	72% av 46 (99%)
Forskar – alle	59% av 176 (94%)
Forskar 1183	38% av 55 (102%)
Direktør/ass direktør	33% av 3
Divisjonsdirektør	33% av 6 (98%)
Avdelingsdirektør	52% av 44 (102%)
Totalt	70% av 906 (89%)

Kvinner utgjer 69,3 pst. av dei mellombels tilsette. Dersom ein inkluderar om lag 40 tilsette i bistillingar (30 pst. stilling eller mindre), er 19,7 pst. av kvinnene og 17,1 pst. av menn tilsette i deltidstillingar. Utover bistillingar er dei fleste av desse i 80 pst. eller 90 pst. stilling, medan dei har ei 100 pst. stilling i botn. Vanlegaste årsak er omsorg for born eller redusert stilling etter fylte 55–60 år. Det skjer så å seie ikkje at nokon har ufrivillig deltidstilling ved instituttet. Fråvær grunna sjukdom på årsbasis i 2009 var 3,4 pst. for menn og 6,7 pst. for kvinner. Uttak av fødselspermisjon fordeler seg med 43 personar/10 511 kalenderdagar for kvinner og 7 personar/624 kalenderdagar for menn. Med andre ord stod kvinner for vel 94 pst. av uttaket av permisjonar i samband med fødsel og adopsjon. Fråvær grunna sjuke born fordeler seg noko jamnare. Her stod kvinner og menn for respektive 114 personar/544 dagar og 41 personar/163 dagar. Sagt med andre ord utgjer kvinner 77 pst. av dette fråværet. Kvinner utgjer 73 pst. av dei som er 40 år eller yngre i 2010. Folkehelseinstituttet har ingen særlege personalpolitiske satsingar retta direkte mot kvinner, men legg vekt på å utvikle leiing og kultur som oppmuntrar og stimulerer alle medarbeidarar, og der det vert lagt til rette for kompetanseutvik-

ling for alle. Den fremste utfordringa er å auke talet på kvinner blant seniorforskarar, slik at det gjev eit rett bilete av forholdet mellom kvinner og menn blant yngre forskarar og fagpersonell. Dette kan gjerast ved å leggje til rette for at kvinner tek del i meritterande aktivitetar og får tilgang til faglege tiltak for utvikling, noko som i neste runde gjev grunnlag for kompetanseoppbygg. Instituttet har i dag diverre ikkje tal for deltaking på kurs og faglege konferansar for våre tilsette. Analysar av løn viser ingen ubalanse innan dei ulike stillingsgruppene som kan forklarast ut frå kjønn. Auke i gjennomsnittleg løn frå 2009 til 2010 var nesten dobbelt så høg for kvinner som for menn.

Tabell 7.11 Stillingar, Norsk pasientskadeerstatning 2009 (kvinner/menn, pst.)

Direktør	–/100
Ass. direktør	–/100
Avdelingsdirektør	60/40
Seksjonssjef	57/43
Informasjonssjef	100/–
Økonomisjef	100/–
Seniorrådgjevar	62/38
Rådgjevar	81/19
Førstekonsulent	86/14
Konsulent	85/15
Seniorsekretær	50/50
Totalt	73/27

Tabell 7.12 Tilhøve løn, Norsk pasientskadeerstatning 2009 (kvinner/menn, pst. av lønsmassen)

Direktør	–/100
Ass. direktør	–/100
Avdelingsdirektør	59/41
Seksjonssjef	56/44
Informasjonssjef	100/–
Økonomisjef	100/–
Seniorrådgjevar	62/38
Rådgjevar	81/19
Førstekonsulent	85/15
Konsulent	84/16
Seniorsekretær	67/33
Totalt	70/30

I Norsk pasientskadeerstatning er det i stor grad samsvar når det gjeld fordelinga mellom kjønna og del av den totale løna. Deltidsstillingar er i all hovudsak grunna permisjon i form av redusert arbeidstid knytt til omsorg for små born. I tillegg kjem ekstrahjelp til registrering av statistikk, stipendiatstilling og legespesialistar/sakkyndige som er tilsett i bistillingar. Per april 2010 var det i alt 17 mellombels tilsette medarbeidarar (vikariat/engasjement), av desse 11 kvinner (65 pst.) og seks menn (35 pst.). Desse er tilsett i egne prosjektstillingar eller som vikarar for fast tilsette medarbeidarar i permisjon. Gjennomsnittleg tal timar for medarbeidarar som arbeidde overtid i 2009, viste liten forskjell mellom kjønna (27 timer i snitt for kvinner, 24 timer for menn). Anslagsvis 65 pst. av kvinneleg tilsette arbeidde overtid, om lag 50 pst. av mannlege tilsette. Uttak av permisjon er i hovudsak grunngjeve med fødsels- og omsorgspermisjon. Gitt andel av fertile kvinner som arbeider i Norsk pasientskadeerstatning, er det desse som står for hovudtyngda av permisjonane. Med få unntak tar menn ut fedrekvota (10 veker), i tillegg til to veker ved fødselen. Fråvær grunna sjukdom er noko høgare for kvinner enn for menn, noko som langt på veg kan forklarast gjennom auka fråvær grunna graviditet. Kvinneleg tilsette sin del av fråvær i 2009 grunna sjukt barn var 65 pst., dvs. noko lågare enn den totale delen kvinneleg tilsette skulle tilseie. Mangfald og likestilling er viktige element i etaten sin personalpolitikk. I personalpolitikkdokumentet heiter det:

«Alle medarbeidere i NPE er likeverdige, uavhengig av kjønn, alder, funksjonshemming, religion, kulturelle forskjeller eller seksuell legning. Det er en målsetting at NPE skal ha en god balanse mellom kvinner og menn og ulike aldersgrupper i arbeidsstokken. Det skal jobbes aktivt med å rekruttere flere medarbeider med innvandrerbakgrunn og å legge til rette for medarbeidere med funksjonshemming.» Likestilling er gjennom personalpolitikken kartlagt som eit viktig område, men også eit område der mykje er på plass og det ikkje er store utfordringar. Etaten tilbyr ei rekkje tiltak i sin livsfasepolitikk, mellom anna for arbeidstakarar med omsorg for små born. Av personalpolitikken følgjer vidare at: «Det skal tilstrebes en god balanse av kjønn og alder på alle nivåer i virksomheten. Ved oppnevning av medlemmer til prosjekter, arbeidsgrupper mv. skal det tilstrebes en jevn fordeling av kjønn og alder.» Som tala ovanfor viser, er det stor overvekt av kvinner i arbeidsstokken. Særleg gjer dette seg gjeldande blant saksbehandlarar. Det er eit mål å ha meir balansert kjønnsfordeling. Etaten arbeider med å tiltrekke seg fleire menn, mellom anna gjennom tekstar i utlysingar som appellerer til begge kjønn, oppfordring til menn om å søkje i annonsar for ledige stillingar mv. I tillegg vert det arbeidd med tiltak for å behalde mannlege arbeidstakarar, mellom anna ved vinkling av aktivitetar innan velferd mv. Tiltak for likestilling vert vurdert jamleg som ein del av personalpolitikken. Status og eventuelle nye tiltak vert diskutert mellom NPE si leiing og tillitsvalde.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell hadde per 31. desember 2009 ein kvinneandel på 72,5 pst. Dei største stillingsgruppene er seniorkonsulentar, rådgjevarar og førstekonsulentar.

Tabell 7.13 Stillingar, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 2009 (kvinner/menn)

Direktør	0/1
Assisterande direktør	0/1
Avdelingsleiar	1/1
Administrasjonssjef	1/0
Arkivleiar	1/0
Seniorrådgjevar	4/2
Rådgjevar	6/0
Seniorkonsulent	8/2
Førstekonsulent	6/2
Konsulent	2/2
Totalt	29/11

Gjennomsnittleg løn i etaten var ved årsskiftet 427 183 kroner for kvinner og 525 379 kroner for menn, som gjer eit samla gjennomsnitt på 476 281 kroner. Statens autorisasjonskontor er ein liten organisasjon slik at den øvre leiargruppa har eit spedt stillingsnivå. Dette gjer at skilnadene når det gjeld løn vert forholdsvis store. Det var tre kvinner og tre menn i denne gruppa ved årsskiftet.

Tabell 7.14 Tilhøve løn, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 2009 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Direktør	-/864
Assisterande direktør	-/602
Avdelingsleiar	557/557
Administrasjonssjef	490/-
Arkivleiar	471/-
Seniorrådgjevar	467/482
Rådgjevar	413/-
Seniorkonsulent	356/490
Førstekonsulent	326/356
Konsulent	333/324
Sum	3 417/3 677
Gjennomsnitt totalt	427/525

Tabell 7.15 Tilhøve løn i den øvre leiargruppa, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 2009 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Direktør	–/864
Assisterande direktør	–/602
Avdelingsleiar	557/557
Administrasjonssjef	490/–
Arkivleiar	471/–
Sum	1 519/2 024
Gjennomsnitt totalt	506/674

Fråvær grunna sjukdom var på totalt 8,23 pst. i 2009. I 2008 var det på 5,93 pst. Autorisasjonskontoret er ein liten organisasjon slik at nokre få sjukmeldte over lang tid gir prosentvis store utslag.

Statens helsetilsyn hadde per. 31. desember 2009 ein kvinneandel på 62 pst. Den største gruppa stillingar i organisasjonen er seniorrådgjevarar, som består av 30 kvinner og 16 menn.

Tabell 7.16 Stillingar, Statens helsetilsyn 2009 (kvinner/menn)

Ass. direktør	0/1
Avdelingsdirektør	0/3
Underdirektør/fagsjef	6/5
Arkivleiar	0/1
Informasjonssjef	1/0
Seniorrådgjevar	30/16
Rådgjevar	16/6
Førstekonsulent	2/4
Konsulent	6/1
Totalt	61/37

Oversikta viser at det er 43,7 pst. kvinner i gruppa leiarar (avd.dir., underdirektør, fagsjef, arkivleiar, informasjonssjef). Dette ligger innanfor Hovudavtalen sitt mål om 40 pst. kvinner i leiarstillingar innanfor definert gruppe for leiarar, og er ei positiv endring sidan 2008. Da var det 33,3 pst. kvinner i leiarstillingar. Den øvre leiargruppa i Statens helsetilsyn omfattar assisterande direktør, avdelingsdirektør informasjonssjef, i tillegg til direktør. Kvinnedelen i denne gruppa er på berre 20 pst. Statens helsetilsyn vil i framtida ha fokus på ulik-

skap når det gjeld kjønn i leiargruppa ved eventuell vakanse i dei øvre leiarstillingane. Den gjennomsnittlige skilnaden i løn totalt mellom kjønna er gått ned samanlikna med tidligare år, og utviklar seg i riktig retning. Gjennomsnittlig årsløn i Statens helsetilsyn er per 31. desember 2009 518 279 kroner. Løn til direktøren vert fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet, og er ikkje med i berekninga. Gjennomsnittsløna var 496 822 kroner for kvinner og 553 655 kroner for menn. Skilnaden i gjennomsnittlig løn mellom kjønna er 56 833 kroner. Ved å utelate stillingane assisterande direktør og avdelingsdirektørane, som alle er menn, utgjer gjennomsnittlig løn for menn 517 176 kroner. Forskjellen i gjennomsnittlig løn mellom kjønna er då betydeleg lågare og utgjer 20 354 kroner.

Tabell 7.17 Tilhøve løn, Statens helsetilsyn 2009 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Underdirektør/fagsjef	625/570
Arkivleiar	–/423
Informasjonssjef	614/–
Seniorrådgjevar	542/588
Rådgjevar	431/424
Førstekonsulent	379/372
Konsulent	332/338
Totalt	496/517

Tabell 7.18 Tilhøve løn i den øvre leiargruppa, Statens helsetilsyn 2009 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Avdelingsdirektør	–/837
Ass. direktør	–/904
Totalt	–/854 1

Forskjellen i gjennomsnittlig løn mellom kjønna, 20 354 kroner, er ein reduksjon i forhold til i fjor. Da var forskjellen mellom kjønna 37 512 kroner. Noko av endringa kan forklarast med at Statens helsetilsyn ved tildeling av nye oppgåver i 2009 har rekruttert fleire nye medarbeidarar i relativt høge lønstrinn, kor majoriteten av nytilsette er kvinner. I tillegg kan noko av utslaget ligge i gjennomførte 2.3.4- forhandlingar i 2009. I 2007 var to kvinner og to menn tilsett i engasjement. Tre kvinner var tilsett i vikarstillingar. I 2008 var det tilsett

ei kvinne og ein mann i engasjementstillingar. I 2009 var det tilsett ei kvinne i engasjementstilling og ein mann i vikarstilling. Ei deltidstilling for kvinne i 2009 er oppretta etter ønske om redusert stilling frå vedkommande.

Tabell 7.19 Arbeidstid, Statens helsetilsyn 2009 (kvinner/menn)

Heiltid	58/33
Deltid	2/4
Mellombels/vikariat	1/1
Totalt	61/38

Helsetilsynet hadde eit gjennomsnittlig fråvær grunna sjukdom (inkludert eigenmeldt fråvær) i 2009 på 3,6 pst., som er i samsvar med målsetjinga i IA-avtalen om at Helsetilsynet ikkje skal ha eit fråvær grunna sjukdom som overstig 4,5 pst. Gjennomsnittlig fråvær grunna sjukdom i 2009 for kvinner var 2,82 pst. og for menn 4,99 pst. For 2008 var fråvær grunna sjukdom 4,83 pst. for kvinner og 4,29 pst. for menn. Statens helsetilsyn har ikkje spesielle utfordringar når det gjeld likestilling mellom kjønna. Det er derfor ikkje satt i gang planar om aktivitetar retta særskilt mot aspektet likestilling. Statens helsetilsyn vil uansett ha fokus på likestilling i nåverande og framtidige planlagde aktivitetar.

Ved Statens institutt for rusmiddelforskning var det var per 31. desember 2009 30 kvinner og 11 menn, ein del på 73 pst. Den største gruppa stillingar i organisasjonen er forskarar som utgjør 10 kvinner og ni menn.

Tabell 7.20 Stillingar, Statens institutt for rusmiddelforskning 2009 (kvinner/menn)

Direktør	0/1
Forskingsleiarar	1/1
Forskarar	8/5
Seniorrådgjevarar	2/1
Rådgjevarar	3/2
Informasjonssjef	0/1
Administrasjonssjef	1/0
Seniorkonsulentar	2/0
Konsulent	1/0
Hovudbibliotekar	1/0
Spesialbibliotekar	2/0
Bibliotekar	1/0
Totalt	21/11
Mellombelse stillingar:	
Forskarar	2/4
Stipendiatar	4/1
Rådgjevarar	3/0
Totalt	9/5

Grupper stillingar ved instituttet er delt inn i (a) leiarstillingar (b) forskar- og stipendiatstillingar, medarbeidarar innan forskning og stillingar innan dokumentasjon, og (c) teknisk- administrative stillingar. I gruppe (b) var det 25 kvinner og 10 menn, medan det i dei teknisk- administrative stillingane var fire kvinner. I dei faste leiarstillingane var det to menn og ei kvinne. Den øvste leiargruppa omfattar direktør, forskingsleiarar, informasjonssjef, administrasjonssjef (tre menn og to kvinner). Det gjennomsnittlige lønsnivået for kvinnene i stillingsgruppe (b) svarte per 31. desember 2009 til lønnssteg 59 i statsregulativet og for mennene lønnssteg 63. Dette kan relaterast til ein høgare gjennomsnittsalder og kompetanse for menn. Ser ein på dei reine forskarstillingane, låg gjennomsnittet for både kvinner og menn på lønnssteg 66.

Tabell 7.21 Tilhøve løn , Statens institutt for rusmiddelforskning 2009 (kvinner/menn, 1000 kr/mnd)

1017 Stipendiat	32/31
1057 Informasjonssjef	-/43
1058 Administrasjonssjef	43/-
1062 Direktør	-/75
1064 Konsulent	27/-
1077 Hovudbibliotekar	34/-
1109 Forskar	39/20
1110 Forskar	43/41
1183 Forskar	49/34
1363 Seniorkonsulent	28/-
1364 Seniorrådgjevar	34/40
1410 Bibliotekar	14/0
1434 Rådgjevar	31/34
1515 Spesialbibliotekar	32/0
Totalt	35/35

Tabellen over syner gjennomsnittlig utbetalt bruttoløn basert på stillingsprosenten til den einskilde medarbeidar. Skilnaden i gjennomsnittlig løn i 2009 mellom kjønna er 289 kroner, som er ein reduksjon frå i fjor. Då var skilnaden mellom kjønna 3767 kroner.

Tabell 7.22 Tilhøve løn i den øvre leiargruppa, Statens institutt for rusmiddelforskning 2009 (kvinner/menn, 1000 kr/mnd)

Direktør	-/75
Forskingisleiarar	44/49
Informasjonssjef	-/43
Administrasjonssjef	43/-
Hovudbibliotekar	34/-
Totalt	40/55

Tabell 7.23 Arbeidstid, Statens institutt for rusmiddelforskning 2009 (kvinner/menn)

Heiltid	18/9
Deltid	3/0
Mellombels/vikariat	9/6
Totalt	30/15

Tabell 7.24 Uttak av permisjon Statens institutt for rusmiddelforskning 2009 (kvinner/menn)

Heiltid	2/0
Deltid	1/0
Totalt	3/0

Det er ingen menn som har permisjon. Det er ikkje registrert anna fråvær, og det vert i hovudsak ikkje praktisert bruk av overtid ved instituttet. I instituttet sin lokale tilpassingsavtale til Hovudavtalen i staten, er det nemnt ulike likestillingstiltak, mellom anna kjønnsnøytrale kriterier for fastsetjing av løn og at kvinner skal få same høve som menn til å arbeide med kvalifiserande arbeidsoppgåver og til å ivareta prosjektleiarfunksjonar og andre leiarfunksjoner. Slik fordelinga av menn og kvinner er ved instituttet, og slik vilkåra for arbeid og løn fordeler seg, har ikkje instituttet sett det som naudsynt med særskilte tiltak utover dette.

Statens legemiddelverk er ein etat med høg kvinnetal. I 2009 utgjorde kvinnelige tilsette 70 pst. av arbeidsstokken. I nyrekrutteringar er det fokus på at ei jamnare fordeling av kjønn vil verke positivt for arbeidsmiljø og fagleg utvikling. Leiargruppa er 10 personar der 70 pst. er kvinner. Mellomleiargruppa er 18 personar der 60 pst. er kvinner.

Tabell 7.25 Stillingar, Legemiddelverket 2009
(kvinner/menn)

Legemiddelinspektør	4/1
Overingeniør	4/2
Laborant	1/0
Forskar 1108	33/8
Forskar 1109	4/8
Utredningsleiar	0/1
Driftsleiar	0/1
Seksjonssjef	8/8
Seniorkonsulent	5/0
Seniorrådgjevar	37/19
Førstekonsulent	25/4
Rådgjevar	11/5
Spesialbibliotekar	0/1
Direktør	1/0
Ass direktør	0/1
Fagdirektør	1/0
Avdelingsdirektør	6/2
Overlege	2/5
Avdelingsoverlege	0/2
Arkivleiar	0/1
Konsulent 1064	38/7
Konsulent 1065	1/1
Sekretær 1070	2/0
Avdelingsingeniør 1084	7/0
Avdelingsingeniør 1085	2/5
Totalt	192/82

Tabell 7.26 Tilhøve løn, Legemiddelverket 2009
(kvinner/menn, lønstrinn)

Leiar	75,1/74,5
Ikkje leiar	52,9/59,9

I arbeidet med å jamne ut skilnader i løn vart det i 2008 tatt inn eit punkt i den lokale lønspolitikken som peikar på at der dokumenterte skilnader når det gjeld løn ikkje kan forklarast med anna enn kjønn, skal arbeidsgivar i samråd med dei til-

litsvalde rette opp skilnader i løn i samråd med likestillingslova § 5.

Tabell 7.27 Arbeidstid, Legemiddelverket 2009
(kvinner/menn)

Heiltid	165/73
Deltid	27/9
Totalt	192/82

Legemiddelverket har dei siste åra hatt auka fokus på å vere ein arbeidsplass som tilbyr god balanse mellom jobb og familie. Vi har til dømes gjennom fleire år hatt tilbod om å kunne jobbe heime for tilsette som har hatt dette behovet i kortare eller lengre periodar. Ordninga har ofte vore brukt som eit alternativ til redusert arbeidstid for den tilsette. I 2010 har vi fått utvida fleksibilitet for dei tilsette ved innføring av mobilt kontor. Ei slik løysing aukar fleksibiliteten for dei tilsette til å kunne gjennomføre oppgåvene sine uavhengig av å vere fysisk tilstade på arbeidsplassen. For tilsette som likevel ynskjer redusert arbeidstid for kortare eller lengre periodar, har Legemiddelverket ein praksis for å leggje til rette for dette.

Tabell 7.28 Fråvær grunna sjukdom og permisjonar i Legemiddelverket etter kjønn 2009
(kvinner/menn, pst.)

Fråvær grunna sjukdom	7,6/4,2
Permisjonar	10/5,1

Legemiddelverket har i 2010 hatt stort fokus på arbeidet med å redusere fråvær grunna sjukdom. Det er gjennomført kantineseminar for alle tilsette med tema IA-avtalen. Det er og innført elektronisk Personalhandbok der alle tilsette og leiarar lett kan finne rutinar for oppfølging ved fråvær grunna sjukdom og tilrettelegging av arbeidsplassen. I tillegg er det i samarbeid med bedriftshelse-tenesta sett opp fem faste IA-/dialogmøter gjennom året der leiar og tilsett kan få ei vurdering av tiltak for tilrettelegging og handlingsplan i den enkelte saka. I tillegg skal det for Leiarforumet gjennomførast caserelatert opplæring i oppfølging av fråvær grunna sjukdom, i regi av bedriftshelse-tenesta. Legemiddelverket har gjennomført fleire tiltak for å fremje likestilling og forhindre diskriminering i verksemda. For å sikre god kunnskap og rett fokus i arbeidet har Personaleininga det siste året deltatt på konferanse i regi av LDO, Mangfold på ordentlig, samt Difi-kurs med føre-

drag frå LDO, Diskrimineringsjuss i praksis. Det er vidare sett av eit seminar for Leiarforum for 2010 med tittel: Likestilling og mangfold på arbeidsplassen. Av planlagde tiltak bør det nemnast at Legemiddelverket jobbar med å utvikle ei spørreundersøking for alle som avsluttar arbeidet i etaten. Denne skal innehalde eit eige punkt som omhandlar rettfærd og likskap, samt intoleranse overfor diskriminerande atferd. I tillegg er det arbeid på gang med personalpolitiske retningslinjer der både likestilling og mangfold er vesentlege element.

Statens strålevern hadde ved utgangen av 2009 omtrent like mange tilsette kvinner som menn.

Tabell 7.29 Stillingar, Statens strålevern 2009 (kvinner/menn)

Arkivleiar	0/1
Avdelingsingeniør	1/1
Avdelingsdirektør	0/3
Bibliotekar	1/0
Driftsleiar	0/1
Forskar	12/14
Førstekonsulent	4/0
Hovudbibliotekar	1/0
Informasjonssjef	1/0
Konsulent	2/0
Overingeniør	1/5
Overlege	1/1
Rådgevar	9/7
Seksjonssjef	5/3
Senioringeniør	0/3
Seniorrådgjevar	8/11
Økonomisjef	1/0
I alt	47/50

Oversikta viser at det er 40 pst. kvinner i gruppa leiarar (avdelingsdirektør, informasjonssjef, seksjonsleiar).

Tabell 7.30 Tilhøve løn, Statens strålevern 2009 (kvinner/menn), 1000 kr/år

Arkivleiar	-/435
Avdelingsingeniør	371/384
Avdelingsdirektør	-/748
Bibliotekar	378/-
Driftsleiar	-/384
Forskar	453/464
Førstekonsulent	391/-
Hovudbibliotekar	435/-
Informasjonssjef	641/-
Konsulent	378/-
Overingeniør	428/443
Overlege	644/644
Rådgevar	415/409
Seksjonssjef	554/554
Senioringeniør	-/486
Seniorrådgjevar	486/476
Økonomisjef	496/-
Gjennomsnitt	466/478

Den gjennomsnittlige skilnaden når det gjeld løn var i 2009 om lag 3 pst. mellom kvinner og menn mot 6 pst. i 2007. Gjennomsnittlig årsløn i Strålevernet var per 31. desember 2009 473 607 kroner. Løn til direktøren vert fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet og er ikkje med i berekninga.

Tabell 7.31 Skilnad i løn for leiarstillingar, Statens strålevern 2009 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Avdelingsdirektør	-/748
Informasjonssjef	641/-
Seksjonssjef	554/554
Gjennomsnitt	568/651

Den gjennomsnittlige skilnaden i løn mellom kvinner og menn i leiarstilling var i 2009 82 750 kroner. Det at kvinnene har løn tilsvarande 87 pst. av kva menn tener, heng saman med at avdelingsdirektørane er menn, medan brorparten av sek-

sjonssjefane er kvinner. Grappa av tilsette i deltidstilling har dei seinaste to åra utgjort i overkant av 15 pst. og den gjennomsnittlige størrelsen på deltidstillingar har vore litt over 60 pst. Det var ingen vesentleg forskjell på kvinner og menn verken når det gjeld del eller størrelse på stilling. Om lag halvparten av dei deltidstilsette ønskte redusert stilling grunna oppgåver innan omsorg – kvinner ønskte dette noko oftare enn menn. Når det gjelder permisjonar i forbindelse med fødsel/barsel er det ingen forskjell mellom kvinner og menn, alle tilsette nyttar desse mulighetene fullt ut. Fråvær grunna sjukdom ved Statens strålevern har i gjennomsnitt vore 3,5 pst. dei seinaste tre åra, om lag 4,5 pst. for kvinner og i overkant av 2 pst. for menn. Det eit mål å få ei jamn fordeling av menn og kvinner i alle kategoriar stillingar. Hovudoppgåva i forhold til likestilling for Statens strålevern er særlig å rekruttere kvinner til dei overordna stillingane det ikkje er tilsett kvinner. Når det gjeld ekstern rekruttering til slike stillingar, vil det være aktuelt å oppfordre kvinner til å søke. Internt gjeld det å nytte det Strålevernet disponerer via støtte til etterutdanning og relevant vidareutdanning, forskartermin og utdanningspermisjonar. Doktorgrad er eit fortrinn i konkurransen om seniorstillingar innan strålevern og beredskap. Blant de tilsette i Statens strålevern har om lag 10 pst. av kvinnene doktorgrad, medan det tilsvarende for menn er 30 pst. Eit vesentlig tiltak vil være å stimulere fleire kvinner til å ta doktorgrad.

7.3 Omtale av tilsettingsvilkåra til leiarar i heileigde statlege verksemdar

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet hadde per 31. desember 2009 ei årleg løn på 1 733 312 kroner. I tillegg til løna har administrerende direktør ei fast godtgjering for bil på 150 000 kroner per år. Vinmonopolet innførte i 2007 ei leiarpensjonsordning som vert dekkja over drifta. Total pensjonskostnad for administrerende direktør i 2008 var 772 000 kroner.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har i rekneskapsperioden 2009 motteke løn på 1 932 197 kroner, medan andre ytingar summerer seg til 7288 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 250 370 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Under gitte føresetnader har leiargruppa rett på etterløn i 12 månader frå dato for fråtreiding. Etterløn vil bli redusert med løn frå ny arbeidsgivar.

Det er ikkje gitt lån/sikkerhetsstilling til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF har i rekneskapsperioden 2009 motteke løn på 1 851 000 kroner, medan andre ytingar summerer seg til 39 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 585 000 kroner. I dette beløpet inngår også utgifter knytta til pensjon utover kollektiv pensjonsordning. Det er ikkje inngått avtale om sluttvederlag eller liknande for administrerende direktør. Det er ikkje gitt lån/sikkerhetsstilling til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har i rekneskapsperioden 2009 motteke løn på 1 555 000 kroner, medan andre ytingar summerer seg til 9000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 195 000 kroner. I tillegg til løn tener administrerende direktør opp halvannen månads studie- og oppdateringspermisjon for kvart heile år i funksjon som administrerende direktør. Dersom administrerende direktør må fråtre, eller sjølv veljar å slutte i stillinga si, pliktar Helse Nord RHF å betale løn i 6 månader ut over vanleg oppseiingstid.

Konstituert administrerende direktør i Helse Midt-Noreg RHF fram til 18. mai 2009 har i rekneskapsperioden 2009 motteke løn på 677 000 kroner, medan andre ytingar summerer seg til 2000 kroner. Pensjonsutgiftene tilstituert administrerende direktør utgjorde 63 000 kroner. Administrerende direktør i Helse Midt-Noreg RHF frå 18. mai 2009 har i rekneskapsperioden 2009 motteke løn på 788 000 kroner, medan andre ytingar summerer seg til 57 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 93 000 kroner. Pensjonskostnadene er i det heile knytt til kollektiv pensjonsordning i KLP for begge direktørane. Ved avgang etter oppmoding frå styret har administrerende direktør krav på løn i oppseiingstida som er 6 månader.

Norsk Helsenett SF hadde i rekneskapsperioden 2009 ingen utgifter til administrerende direktør. Statsforetaket tok over den samla verksemda i Norsk Helsenett 30. oktober 2009. Konstituert administrerende direktør i perioden 1. oktober – 31. desember, blei løna over Helse- og omsorgsdepartementet sitt budsjett med til saman om lag 270 000 kroner. Ny administrerende direktør blei tilsett 16. november 2009, med tiltreding frå 1. januar 2010. Avtalt årsløn frå 1. januar 2010 er 1 200 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Ved avgang etter oppmoding frå styret har administrerende direktør i til-

legg til løn i oppseiingstida krav på sluttvederlag i 9 månader etter utløpet av oppseiingstida. Dersom administrerende direktør har andre inntekter i perioden før ev. sluttvederlag, skal sluttvederlaget

reduserast med løn frå ny arbeidsgjevar. Det er ikkje gitt lån/sikkerhetsstilling til administrerende direktør.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

1. I Prop. 1 S om statsbudsjettet for år 2011 føres opp de summene som er nevnt i et framlagt forslag:

a. Sum utgifter under kap. 700–783 og 2711–2790	Kr	133 586 854 000
b. Sum inntekter under kap. 3700–3751, 5572 og 5631	Kr	2 617 426 000

Forslag

til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2011, kapitlene 700–783, 2711–2790, 3700–3751, 5572 og 5631

I

Utgifter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	160 324 000	160 324 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	33 973 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 307 000	37 280 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	51 532 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	16 401 000	67 933 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		265 537 000
Folkehelse			
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	01 Driftsutgifter	481 516 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	517 925 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	17 598 000	1 017 039 000
711	Ernæring og mattrygghet		
	01 Driftsutgifter	19 576 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	11 102 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	1 009 000	
	74 Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	17 825 000	49 512 000
712	Bioteknologinemnda		
	01 Driftsutgifter	8 339 000	8 339 000
715	Statens strålevern		
	01 Driftsutgifter	73 727 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	21	Spesielle driftsutgifter	41 562 000	115 289 000
716		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	01	Driftsutgifter	37 084 000	37 084 000
718		Rusmiddelforebygging		
	21	Spesielle driftsutgifter	89 343 000	
	63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	28 118 000	
	70	Frivillig arbeid, <i>kan overføres</i>	93 641 000	211 102 000
719		Annet folkehelsearbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	57 418 000	
	60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	12 211 000	
	70	Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	25 206 000	
	73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	32 464 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	7 603 000	134 902 000
		Sum Folkehelse		1 573 267 000
Helseforvaltning				
720		Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	785 746 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	86 068 000	
	22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	55 861 000	
	70	Refusjon helsehjelp i utlandet	8 000 000	935 675 000
721		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	87 836 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	6 000 000	93 836 000
722		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	114 823 000	
	70	Advokatutgifter	30 895 000	
	71	Særskilte tilskudd	2 128 000	147 846 000
723		Pasientskadenemnda		
	01	Driftsutgifter	37 805 000	37 805 000
724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	01	Driftsutgifter	28 965 000	28 965 000
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	124 199 000	124 199 000
726		Statens helsepersonellnemnd		

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	01	Driftsutgifter	6 543 000	6 543 000
728		Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda		
	01	Driftsutgifter	3 551 000	3 551 000
729		Pasient- og brukerombud		
	01	Driftsutgifter	55 794 000	55 794 000
		Sum Helseforvaltning		1 434 214 000
Spesialisthelsetjenester				
732		Regionale helseforetak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	8 433 000	
	70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	370 783 000	
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	42 044 403 000	
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	14 669 420 000	
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	11 164 389 000	
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	9 920 256 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	19 907 259 000	
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2 382 276 000	
	78	Forskning og nasjonale kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	884 716 000	
	79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	498 558 000	
	82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	647 024 000	
	83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	20 000 000	
	91	Opptreksrenter for lån tom. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	9 500 000	102 527 017 000
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	18 633 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	106 651 000	
	72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	30 686 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	16 552 000	172 522 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01	Driftsutgifter – Kontrollkomisjonene	37 083 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	9 200 000	
	70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 187 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	67 490 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	47 674 000	163 634 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		102 863 173 000
Legemidler				
750		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	208 353 000	208 353 000
751		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	12 278 000	
	70	Tilskudd	59 156 000	71 434 000
		Sum Legemidler		279 787 000
Helse- og omsorgstjenester i kommunene				
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	117 039 000	
	60	Omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	188 762 000	
	61	Vertskommuner	965 149 000	
	66	Brukerstyrt personlig assistanse	84 790 000	
	67	Utviklingstiltak	170 988 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	21 906 000	
	72	Landsbystiftelsen	65 580 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	20 530 000	
	75	Kompetansetiltak	9 270 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	12 988 000	1 657 002 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	41 202 000	
	60	Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten	9 205 000	
	61	Fengselshelsetjeneste	122 989 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	38 897 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	6 211 000	
	73	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	29 896 000	
	74	Stiftelsen Amatheia	15 444 000	263 844 000
763		Rustiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 71</i>	61 869 000	
	61	Kommunalt rusarbeid, <i>kan overføres</i>	407 381 000	
	71	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	165 394 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	72	Kompetansesentra mv.	88 859 000	723 503 000
764		Psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	61 456 000	
	60	Psykisk helsearbeid, <i>kan overføres</i>	200 712 000	
	72	Utviklingstiltak, <i>kan overføres</i>	387 363 000	
	73	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	109 511 000	759 042 000
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	28 762 000	
	70	Utredningsvirksomhet mv., <i>kan nyttes under post 21</i>	4 330 000	33 092 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		3 436 483 000
Tannhelsetjenester				
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	11 895 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	88 245 000	100 140 000
		Sum Tannhelsetjenester		100 140 000
Kunnskap og kompetanse				
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	262 898 000	262 898 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	70 066 000	
	70	Norsk Helsenett SF	19 000 000	
	79	Andre tilskudd	37 394 000	126 460 000
782		Helseregistre		
	21	Spesielle driftsutgifter	16 149 000	
	70	Tilskudd	32 992 000	49 141 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	26 242 000	
	61	Turnustjeneste	122 728 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	28 178 000	177 148 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		615 647 000
Spesialisthelsetjenester mv.				
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	1 434 200 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	71	Psykologhjelp	199 000 000
	72	Tannlegehjelp	1 396 000 000
	76	Private laboratorier og røntgeninstitut	401 000 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.	3 430 200 000
Legehjelp, legemidler mv.			
2751		Legemidler mv.	
	70	Legemidler	7 910 000 000
	71	Legeerklæringer	11 000 000
	72	Medisinsk forbruksmateriell	1 515 000 000
2752		Refusjon av egenbetaling	
	70	Egenandelstak 1	3 948 700 000
	71	Egenandelstak 2	194 506 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.	
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	283 000 000
	70	Allmennlegehjelp	3 490 000 000
	71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 748 100 000
	72	Jordmorhjelp	44 000 000
	73	Kiropraktorbehandling	110 000 000
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	86 000 000
2756		Helsehjelp i utlandet	
	70	Helsehjelp i utlandet	50 000 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.	19 390 306 000
Andre helsetiltak			
2790		Andre helsetiltak	
	70	Bidrag	198 100 000
		Sum Andre helsetiltak	198 100 000
		Sum departementets utgifter	133 586 854 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Diverse inntekter			
3703	Internasjonalt samarbeid		
	03 Refusjon fra Utenriksdepartementet	2 540 000	2 540 000
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	02 Diverse inntekter	167 308 000	
	03 Vaksinesalg	105 300 000	272 608 000
3715	Statens strålevern		
	02 Diverse inntekter	40 494 000	
	04 Gebyrinntekter	3 100 000	
	05 Oppdragsinntekter	4 221 000	47 815 000
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning		
	02 Diverse inntekter	2 248 000	2 248 000
3718	Rusmiddelforebygging		
	04 Gebyrinntekter	1 551 000	1 551 000
3720	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	2 482 000	
	03 Refusjon helsehjelp i utlandet	8 000 000	
	04 Gebyrinntekter	1 000 000	11 482 000
3722	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	1 203 000	
	50 Premie fra private	11 400 000	12 603 000
3723	Pasientskadenemnda		
	50 Premie fra private	500 000	500 000
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	04 Gebyrinntekter	20 070 000	20 070 000
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	02 Diverse inntekter	128 000	128 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	516 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån fom. 2008	163 000 000	
	86 Driftskreditter	550 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån tom. 2007	677 000 000	1 906 000 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
3750	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	2 038 000	
	04 Registreringsgebyr	120 766 000	
	06 Refusjonsgebyr	2 566 000	125 370 000
3751	Legemiddeltiltak		
	03 Tilbakebetaling av lån	181 000	181 000
	Sum Diverse inntekter		2 403 096 000
Skatter og avgifter			
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70 Legemiddelomsetningsavgift	66 025 000	
	71 Vinmonopolavgift	44 100 000	
	72 Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 381 000	
	73 Legemiddelkontrollavgift	60 322 000	174 828 000
	Sum Skatter og avgifter		174 828 000
Renter og utbytte			
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85 Statens overskuddsandel	39 500 000	
	86 Utbytte	2 000	39 502 000
	Sum Renter og utbytte		39 502 000
		Sum departementets inntekter	
			2 617 426 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 01	kap. 3700 post 02
kap. 703 postene 21, 60 og 70	kap. 3703 post 03
kap. 710 post 01	kap. 3710 post 02
kap. 710 post 21	kap. 3710 postene 02 og 03
kap. 715 postene 01 og 21	kap. 3715 postene 02, 04 og 05
kap. 716 post 01	kap. 3716 post 02
kap. 720 postene 01 og 21	kap. 3720 post 02
kap. 720 post 70	kap. 3720 post 03
kap. 721 post 01	kap. 3721 postene 02 og 04
kap. 722 post 01	kap. 3722 postene 02 og 50
kap. 723 post 01	kap. 3723 post 50
kap. 724 post 01	kap. 3724 post 04
kap. 725 post 01	kap. 3725 post 02
kap. 750 post 01	kap. 3750 post 02

Fullmakter til å pådra staten forpliktelser ut over gitte bevilgninger

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	21	Spesielle driftsutgifter	180 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Omsorgstjeneste	
	79	Andre tilskudd	1 mill. kroner

Andre fullmakter

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 kan gi regionale helseforetak inntil 6,332 mrd. kroner i driftskreditt, men slik at utestående lån ved utgangen av 2011 ikke skal overstige 5,782 mrd. kroner.
2. investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.
3. det av avgiftspliktig omsetning for legemiddelgrossister i 2011 skal betales avgift tilsvarende 0,55 pst.
4. statens andel i 2011 av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 50 pst. av resultatet i 2010 før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften.

=====

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og
pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Oslo AS 10/2010

