



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2012–2013)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2013

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3703–3751, 5572 og 5631



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2012–2013)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2013

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3703–3751, 5572 og 5631

Innhold

Del I	Innledende del	7	Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning	76
1	Helse- og omsorgspolitikken ...	9	Kap. 723 Pasientskadenemnda	77
2	Profilen i budsjettforslaget	13	Kap. 3723 Pasientskadenemnda	78
3	Oversiktstabeller	18	Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	78
Del II	Budsjettforslaget	27	Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	79
4	Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.	29	Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	79
	Programområde 10		Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	81
	Helse og omsorg	29	Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd	81
	<i>Programkategori 10.00</i>		Kap. 728 Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjons- diagnostikknemnda	82
	<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i>	29	Kap. 729 Pasient- og brukerombud	83
	Kap. 700 Helse- og omsorgs- departementet	30	<i>Programkategori 10.30</i>	
	Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	31	<i>Spesialisthelsetjenester</i>	84
	Kap. 702 Beredskap	31	Kap. 732 Regionale helseforetak	85
	Kap. 703 Internasjonalt samarbeid	34	Kap. 3732 Regionale helseforetak	122
	Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid	38	Kap. 733 Rehabilitering og rehabilitering	124
	<i>Programkategori 10.10 Folkehelse</i>	39	Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	127
	Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt	40	<i>Programkategori 10.50 Legemidler</i>	131
	Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt	43	Kap. 750 Statens legemiddelverk	131
	Kap. 711 Ernæring og mattrygghet	43	Kap. 3750 Statens legemiddelverk	134
	Kap. 3711 Ernæring og mattrygghet	48	Kap. 751 Legemiddeltiltak	134
	Kap. 712 Bioteknologinemnda	48	Kap. 3751 Legemiddeltiltak	136
	Kap. 715 Statens strålevern	48	<i>Programkategori 10.60</i>	
	Kap. 3715 Statens strålevern	50	<i>Helse- og omsorgstjenester i kommunene</i>	137
	Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning	50	Kap. 761 Omsorgstjeneste	143
	Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning	51	Kap. 762 Primærhelsetjeneste	163
	Kap. 718 Rusmiddelforebygging	52	Kap. 763 Rustiltak	176
	Kap. 3718 Rusmiddelforebygging	55	Kap. 764 Psykisk helse	186
	Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet	55	Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.	203
	Kap. 719 Annet folkehelsearbeid	57	<i>Programkategori 10.70</i>	
	<i>Programkategori 10.20</i>		<i>Tannhelsetjenester</i>	206
	<i>Helseforvaltning</i>	66	Kap. 770 Tannhelsetjenester	209
	Kap. 720 Helsedirektoratet	67	<i>Programkategori 10.80</i>	
	Kap. 3720 Helsedirektoratet	72	<i>Kunnskap og kompetanse</i>	213
	Kap. 721 Statens helsetilsyn	72	Kap. 780 Forskning	215
	Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning	75	Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.	222
			Kap. 782 Helseregistre	230
			Kap. 783 Personell	232

Programområde 30	
Stønad ved helsetjenester	238
<i>Programkategori 30.10</i>	
<i>Spesialisthelsetjenester mv.</i>	<i>242</i>
Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.	242
<i>Programkategori 30.50</i>	
<i>Legehjelp, legemidler mv.</i>	<i>248</i>
Kap. 2751 Legemidler mv.	248
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling	251
Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.	253
Kap. 2756 Helsehjelp i utlandet	257
<i>Programkategori 30.90</i>	
<i>Andre helsetiltak</i>	<i>258</i>
Kap. 2790 Andre helsetiltak	258

Del III	Omtale av særlege tema	259
5	Sosiale helseskilnader	261
6	Administrative fellesomtaler	273
6.1	Sektorovergripande miljøvernpolitikk	273
6.2	Oppfølging av likestillingslova sitt krav om å gjere greie for likestilling	274
6.3	Omtale av tilsettingsvilkåra til leiarar i heileigde statlege verksemdar	277
Forslag		277



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2012–2013)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2013

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3703–3751, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 14. september 2012,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

Del I
Innledning del

1 Helse- og omsorgspolitikken

1.1 Regjeringens mål

Det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom og sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer, skal helsetjenesten behandle og lindre på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Helsetjenesten skal fortsatt være blant verdens aller beste, medisinsk, teknologisk og når det gjelder omsorg. Tjenestene skal ha høy kvalitet, være trygge, tilgjengelige, effektive, og med kortest mulig ventetider. For å lykkes med det, må vi ha en helsetjeneste som evner å endre seg i tråd med endrede behov og ny kunnskap.

Samhandlingsreformen som ble satt i verk 1. januar 2012, er en reform for økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, og helse-tjenester som bygges rundt pasientens behov. Reformen legger vekt på å skape et mer helhetlig helsetilbud, der pasienter og brukere har innflytelse, og der det er avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Habilitering og rehabilitering står sentralt. Gjennom samhandlingsreformen styrkes den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å gi pasientene et bedre tilbud nærmere der de bor, og spesialisthelsetjenesten videreutvikles.

Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres når dette er til det beste for pasienten. Likeledes skal utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander sentraliseres der det er nødvendig for å sikre best mulig resultater, høy kvalitet og riktig ressursbruk.

Det skal tilrettelegges for en helsefremmende livsstil, slik at det blir enklere å ta sunne valg, det være seg i barnehagen, i skolen, i fritiden, og på arbeidsplassen. Folkehelsearbeidet skal være systematisk og langsiktig, og helse skal være et sek-

torovergripende mål. Prinsippet om at det skal være helse i alt vi gjør, skal ligge til grunn for folkehelsepolitikken på lokalt, regionalt og statlig nivå. Folkehelseutfordringer for innvandrerbefolkningen skal vurderes særskilt.

Regjeringen vil føre en helhetlig rusmiddelpolitikk der forebygging og tidlig innsats står sentralt og der det er økt oppmerksomhet på innsats for pårørende og såkalt passiv drikking (skader og problemer den som drikker påfører andre enn seg selv). Behandlingstilbudene skal videreutvikles og samhandlingen mellom de ulike nivåene i tjenesten skal bedres.

Kommunene og lokalmiljøet er den viktigste arenaen for folkehelsearbeid. Det skal tas utgangspunkt i regionale og lokale helseutfordringer. Innsatsen må skje i alle sektorer og være forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der kommunene har ansvar og oppgaver. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegen og kommunen.

Regjeringen vil sikre at alle som trenger hel-døgns omsorg skal få dette innen 2015. For å nå målet må også hjemmetjenestene bygges ut, slik at de som ønsker å bo hjemme eller i omsorgsbolig kan motta nødvendige helse- og omsorgstjenester der. Regjeringen styrker innsatsen til etablering av dagaktivitetstilbud til mennesker med demens. Regjeringen vil bidra til å utvikle en innovativ helse- og omsorgstjeneste i kommunene og skal legge fram en egen Stortingsmelding om innovasjon i omsorgstjenesten.

Pasienter og brukere skal få en tydeligere rolle i helse- og omsorgstjenesten. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. Regjeringen er opptatt av at spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten skal være tilpasset brukernes behov.

Gode IT-systemer bidrar til bedre behandling og til mer effektiv utnyttelse av ressursene. Regjeringen vil derfor videreutvikle helhetlige IT-systemer i helse- og omsorgstjenestene, som støtter de helsepolitiske målene og tar utgangspunkt i pasientenes og tjenestenes behov.

1.2 Status for omsorg og helse

De siste 20 årene har alle grupper i Norge, uavhengig av utdanning og inntekt, fått bedre helse. Stadig flere oppnår høy levealder. Levealderen øker i alle grupper, men økningen er størst i grupper med lang utdanning og høy inntekt.

Norge brukte i 2011 om lag 250 mrd. kroner på helse- og omsorgsformål. Det svarer til 50 000 kroner per innbygger. Dette 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 per innbygger. Det offentlige dekket om

Boks 1.1 Helsetilstanden i Norge (2011-tall)

Levealderen i Norge er blant de høyeste i verden, og øker fortsatt. Gjennomsnittlig forventet levealder i 1970 var 71 år for menn, og 77 år for kvinner. I 2011 er tallene 79 år for menn og 83,5 år for kvinner.

Barn og unge

- Spedbarnsdødeligheten er svært lav, omkring 3 per 1000 levende fødte.
- Trafikk- og drukningsulykker er vanligste dødsårsaker.
- Mellom 50 000 og 150 000 barn og unge lever sammen med foreldre med et risikofylt alkoholkonsum
- 15 pst. av 8–9-åringene har overvekt og 4 pst. har fedme.
- Om lag 20 pst. har astma. Anslagsvis 6 pst. av de under skolealder har plager på grunn av matallergi.
- Aktivitetsnivået synker kraftig fra 6 til 15 års alder. Statistikk viser at barn sitter mer stille og er mindre fysisk aktive enn før.
- Over 180 000 ungdom bruker snus daglig eller av og til.

Voksne

- I overkant av 128 000 voksne mottok behandling innen psykisk helsevern og om lag 25 000 fikk behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Angst og depresjon er de vanligste psykiske lidelsene.
- 35 pst. av alle dødsfall skyldes hjerte- og karsykdommer og 25 pst. skyldes kreft.
- Bruk av rusmidler i Norge er lavt, men alkoholkonsumet øker og antallet overdosedødsfall er høyt.
- Med bedre diagnostikk oppdages flere tilfeller av kreft tidligere.
- Stadig færre dør før pensjonsalderen. Forklaringen er at færre dør av hjerte- og karsykdommer.

- Hvert år forårsaker akutte forgiftninger om lag 500 dødsfall og 14 000 sykehusinnleggelser.
- Tre av ti oppgir at de har helseproblem som påvirker hverdagen. Én av fire har muskel- og skjelettlidelser, 10–15 pst. har psykiske problemer.
- 10 pst. i yrkesaktiv alder mottar uførepensjon. Kroniske smerter og psykiske lidelser er viktige årsaker.
- Mellom 15 og 20 pst. av alle voksne anslås å lide av fedme (kroppsmasseindeks over 30).
- Mellom 250 000 og 300 000 personer anslås å ha kols (kronisk obstruktiv lungesykdom).
- Antall personer med diabetes i Norge er anslått til om lag 265 000, og halvparten av disse hadde ikke fått diagnostisert sykdommen. Av disse har om lag 25 000 type 1-diabetes.
- Om lag 8 pst. har astma. Det anslås at 2–3 pst. har plager på grunn av matallergi.
- 4 av 5 voksne er fysisk aktive mindre enn 30 minutter daglig.
- Om lag 700 000 røyker daglig, og om lag 450 000 røyker av og til.

Eldre

- Om lag 122 000 eldre over 80 år mottok i 2011 pleie- og omsorgstjenester. Dette tilsvarer vel 46 pst. av det samlede antall mottakere.
- Av disse var i overkant av 94 000 mottakere hjemmeboende. Rundt 26 000 mottakere var innskrevet for langtidsopphold i institusjon.
- Én av fem som er 65 år eller eldre bruker mer enn ti reseptpliktige legemidler i løpet av et år.
- Om lag 40 pst. av de eldre over 90 år rammes av demens.
- Mellom 20 og 50 pst. av pasienter på institusjon har en underernæringstilstand (inkl. eldre, funksjonshemmede, langtidspasienter mv. i sykehus og sykehjem).

lag 85 pst. av de samlede helseutgiftene. Andelen har vært stabil de siste årene. Administrasjon utgjør 0,8 pst. av helseutgiftene i Norge, mot gjennomsnittlig 3 pst. i OECD-landene.

I 2011 var de samlede driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten i overkant av 109 mrd. kroner inkludert avskrivninger. De samlede kostnadene utgjorde i 2010 i overkant av 94 mrd. kroner. Beløpene er imidlertid ikke direkte sammenliknbare, ettersom regnskapsmessig håndtering av pensjonsreformen i 2010 innebar en kostnadsreduksjon på i overkant av 9,25 mrd. kroner. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at antall årsverk var om lag 99 900 i 2011, dvs. en økning på 2,2 pst. fra 2010.

Aktiviteten ved sykehusene fortsetter å øke. Det var 878 000 døgnopphold, 416 000 dagbehandlinger og litt over 4,9 mill. polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus i 2011. Om lag 1,8 mill. pasienter hadde minst en kontakt innen somatikk i 2011. Den sterke veksten i ressursinnsatsen innen psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til at stadig flere får behandling. Mer enn 55 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2011. Poliklinisk behandling er det dominerende behandlingstilbudet. I 2011 fikk mer enn 128 000 pasienter behandling i psykisk helsevern for voksne. I 2011 fikk om lag 25 000 pasienter behandling i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Gjennomsnittlig ventetid til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, inkludert psykisk helse og rusbehandling, var 76 dager i 2011. Dette er en nedgang på to dager fra 2010. Det var 86 000 flere nyhenviste til planlagt behandling i sykehus i 2011 enn i 2010.

Med samhandlingsreformen har kommunene fått betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter fra sykehusene. Foreløpige tall for første tertial 2012 viser at ordningen fungerer slik den er ment. Kommunene tar imot utskrivingsklare pasienter raskere. Det er bra for pasientene og frigjør kapasitet ved sykehusene.

De samlede kommunale driftsutgifter til pleie og omsorg, kommunale helsetjenester, sosialtjenester og barnevern var på vel 111 mrd. kroner i 2010. Av dette utgjorde utgiftene til pleie og omsorgstjenestene i overkant av 70 pst., mens 10 pst. gikk til helsetjenester og nesten 20 pst. til sosialtjenester og barnevern.

Mer enn 268 000 personer mottok kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2011. Av disse var om lag 43 500 beboere i institusjon, om lag 177 000 mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand (hjemmehjelp, hjemmevaktmester mv.),

og vel 48 000 fikk andre tjenester (avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv.). Over en tredel av alle hjemmetjenestemottakere er nå under 67 år, og to tredeler av ressursene i hjemmetjenesten brukes på denne gruppen. De fleste av de nye brukerne er mennesker med psykiske problemer eller langvarige nevrologiske lidelser som multipel sklerose, Parkinsons sykdom, hjerneslag og skader. Dette stiller nye krav til omsorgssektoren og nye krav til kompetanse, personell og teknologi. Omsorgstjenesten i kommunene utførte om lag 129 000 årsverk i 2011. Regjeringen har som mål å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 12 000 årsverk i perioden 2008–2015, målt ved utgangen av året. For perioden 2008–2011 viser tall fra Statistisk sentralbyrå at antall årsverk økte med om lag 7700. Om lag 84 pst. av årsverksveksten består av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Antall årsverk økte i 2011 med om lag 2700.

Antall årsverk i allmennlegetjenesten i 2011 var vel 4800, og hadde økt med 1,8 pst. fra 2010. Økningen fordeler seg med 60 årsverk til fastlegevirksomhet og 22 årsverk til institusjoner for eldre og funksjonshemmede (sykehjem). Ved utgangen av andre halvdel av 2012 var det over 4200 fastleger. En undersøkelse fra 2010 viser at 82 pst. av innbyggerne er fornøyd med fastlegeordningen.

Antall fysioterapiårsverk i kommunene var knapt 4300 i 2011, om lag det samme som i 2010. Fysioterapitjenesten er en viktig del av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene. Fysioterapeuter deltar også i det forebyggende arbeidet, bl.a. i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og ved frisklivssentralene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en tjeneste for barn og unge mellom 0 og 20 år og for gravide. I 2011 var det om lag 3750 årsverk i tjenesten, en økning på 1,5 pst. Om lag tre av fire kommuner tilbyr helsestasjon for ungdom.

Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til tannhelsetjenester utgjorde om lag 2,9 mrd. kroner i 2011. Om lag 1 million personer ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I tillegg ble det gitt i underkant av 1,5 mrd. kroner i statlig stønad over folketrygden til å dekke utgifter til tannbehandling.

Ifølge Folkehelseinstituttet ble det solgt legemidler for i størrelsesorden 19 mrd. kroner i 2011. Dette er en nominell økning på om lag 2 pst. fra året før. Om lag to tredeler av legemiddelutgiftene betales av helseforetakene og av folketrygden gjennom blåreseptordningen.

Kroniske sykdommer er i dag det store folkehelseproblemet, og har sammenheng bl.a. med

økt levealder. Tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet, usunt kosthold, overvekt og fedme øker risiko for kronisk sykdom vesentlig. Røyking er den viktigste enkeltfaktoren. Hvert år dør om lag 5100 personer av sykdommer knyttet til røyking. I gjennomsnitt har den enkelte tapt 11 leveår sammenliknet med personer som ikke røyker. I 2011 var om lag 17 pst. av befolkningen dagligrøykere. Røyking blant ungdom er halvert de siste fem årene, men samtidig har det vært en kraftig økning i andelen unge som bruker snus. En rekke helserisikofaktorer er påvirket av kostholdet, og myndighetenes kostholdsanbefalinger følges i for liten grad. Det er for lite fysisk aktivitet i befolkningen. Aktiviteten er sosialt skjevfordelt, og utviklingen går i negativ retning. Blant voksne er det bare én av fem som følger anbefalingen om minst 30 minutter daglig fysisk aktivitet. Bare halvparten av 15-åringene følger anbefalingene. Alkoholforbruket er lavt i europeisk sammenheng, men forbruket er, i motsetning til en rekke europeiske land, økende. Alkohol er knyttet til en rekke somatiske sykdommer og øker risikoen for akutte skader, ulykker og psykiske lidelser. Et betydelig antall mennesker rammes av passiv drikking, dvs. skader og problemer den som drikker påfører andre enn seg selv.

Om lag 1800 dødsfall hvert år skyldes ulykker. Skader og ulykker er årsak til rundt 10 pst. av alle døgnopphold i sykehus.

Forekomst av resistente sykdomsframkallende mikrober øker både hos dyr og mennesker. Norge er fortsatt blant de landene som er best stilt når det gjelder antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner. Det er lav forekomst av smittestoffer i drikkevann, mat og hos husdyr, men det er likevel nødvendig med systematisk tilsyn.

1.3 Sentrale utfordringer framover

Helsetilstanden i den norske befolkningen er god. Likevel er det tydelige sosiale helseforskjeller. Det er ulike årsaker til dette, fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som frafall fra utdanning og svak tilknytning til arbeidslivet og dårlig bomiljø, til påvirkningsfaktorer som levevaner og bruk av helsetjenester. Forskjeller i avgang fra arbeidslivet kan i noen grad henge sammen med sosiale forskjeller i arbeidsbelastning. Psykiske helseproblemer som angst og depresjon og problemer knyttet til rusmiddelbruk, står for flest tapte arbeidsår. Antall mottakere av uførepensjon som har lettere psykiske lidelser øker, særlig i aldersgruppen 20–39 år.

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 sammenliknet med i dag. De største utfordringene handler om hvordan befolkningen kan holde seg frisk og funksjonsdyktig så lenge som mulig, og hvordan helse kan vedlikeholdes, styrkes og bygges i alle deler av befolkningen. Derfor er det behov for mer satsing på folkehelsearbeid.

Det er vesentlige utfordringer når det gjelder levevaner, særlig knyttet til røyking, alkohol og stillesittende liv. De største kostholdsutfordringene er for lite inntak av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk, og for høyt inntak av mettet fett og salt, samt sukkerinntak hos barn og unge.

Det er for lange ventetider til helsetjenester innen noen fagområder, det er til dels ulik prioriteringspraksis, og samhandling mellom tjenestene er ikke alltid god nok. De fleste er fornøyd med behandlingen og får den hjelpen de trenger, men det er likevel pasienter som opplever mangelfull kvalitet eller som blir skadet som følge av ytelser i helsetjenesten. Det er fortsatt behov for omstillinger i sykehussektoren for å redusere ventetider, bedre kvalitet og oppnå mer effektiv ressursbruk.

Utfordringene i omsorgssektoren er knyttet til nye brukergrupper og en aldrende befolkning, samtidig som det vil kunne bli knapphet på fagpersonell og frivillige omsorgsytere. Tilstrekkelig personell med god kompetanse og tiltak for å støtte de frivillige omsorgsyterne er sentralt for å møte utfordringene. Behov for medisinsk og tverrfaglig oppfølging og mangel på sosial kontakt og aktivitet i dagliglivet, er andre viktige utfordringer.

Det er pasienter som opplever brudd og svikt i helsetilbudet, og særlig i overgangen mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har pekt på mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres til sykehjem. 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.

Når det gjelder resistente mikrober kan den gode situasjonen for Norge endre seg fort. Om få år vil resistensproblemer kunne hindre vellykket behandling av infeksjoner og andre sykdommer som kreft og transplantasjonskrevende tilstander.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 146,7 mrd. kroner. Dette er fordelt med 121,3 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 25,4 mrd. kroner på programområde 30, Stønad ved helsetjenester, jf. første oversiktstabell.

Samlet foreslås det å bevilge om lag 7,5 mrd. kroner, eller 5,4 pst., mer sammenliknet med saldert budsjett 2012. Budsjettforslaget tar høyde for pris- og kostnadsvekst, herunder økte pensjonskostnader for regionale helseforetak, samt virkning av takstoppjøret for leger, psyko-

loger og fysioterapeuter. Sett bort fra disse forholdene, samt enkelte oppgaveoverføringer mellom departementene, innebærer budsjettforslaget en reell økning i bevilgningsnivået på om lag 3,1 mrd. kroner, eller om lag 2,2 pst. sammenliknet med saldert budsjett 2012. Realveksten fordeler seg med om lag 2,3 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag 800 mill. kroner på programområde 30 Stønader ved helsetjenester. De viktigste styrkingene ut over anslag for regelstyrte ordninger går fram av boks 2.1.

Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2012

Økt pasientbehandling.....	1950 mill. kroner
Omsorgsplan 2015.....	188 mill. kroner
Samhandling og IKT.....	140 mill. kroner
Refusjon av legemiddelutgifter.....	86 mill. kroner
Narkolepsi etter svineinfluensavaksine.....	78 mill. kroner
Tannhelse.....	60 mill. kroner
Rusmiddeltiltak.....	45 mill. kroner
Nytt sykehus i Kirkenes.....	40 mill. kroner
Økt behandlingsskapasitet, pasientskader.....	15 mill. kroner
Minoritetshelse.....	6 mill. kroner
Melding om alvorlige hendelser, Statens helsetilsyn.....	6 mill. kroner
Nasjonal portal for turnuskandidater.....	2 mill. kroner

Merknad: Omsorgsplan 2015 inkluderer 87,5 mill. kroner i tilskudd til investeringer i omsorgsboliger og sykehjemsplasser, som bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

2.1 Økt pasientbehandling

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet gjennom å styrke sykehusenes økonomi, slik at flere pasienter kan få behandling. Krav om reduksjon i ventetider videreføres og arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet styrkes. Ut over generell pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,3 pst., foreslås det 1 950 mill. kroner mer til drift sammenliknet med saldert budsjett 2012. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern,

rus og rehabilitering. Beløpet fordeler seg med 206 mill. kroner til videreføring av høyere aktivitet i 2012 enn forutsatt i saldert budsjett 2012, 1 609 mill. kroner til reduserte ventetider, generell økt pasientbehandling og kvalitet, 100 mill. kroner til en ekstra innsats i 2013 for pasienter som venter på brystrekonstruksjon og 35 mill. kroner til gjennomføring av ny kreftstrategi.

Budsjettforslaget legger med dette til rette for en vekst i pasientbehandlingen på vel 2 pst. neste år, den høyeste budsjetterte aktivitetsveksten

noen sinne for helseforetakene. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2012, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2012.

Det er lagt til rette for en vekst på 6,5 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,7 pst. inkl. midler til brystrekonstruksjon. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandling omfattet av ISF.

Antall krefttilfeller øker. Samtidig har også overlevelsen økt. 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. Regjeringen ønsker å bedre kreftbehandlingen og foreslår 35 mill. kroner til gjennomføring av ny kreftstrategi. Det foreslås midler til planlegging av et norsk senter for partikkelterapi og til etablering av system for innføring av ny teknologi (inkl. kreftbehandling) i spesialisthelsetjenesten. Videre foreslås det midler til Kreftlinjen, til etablering av pusterom, vardesentre, beslutningsstøtteverktøy og til å utvikle flere kvalitetsindikatorer på kreftområdet.

Tidlig i 2012 forelå det ny informasjon som tilsa vesentlig økte pensjonskostnader for regionale helseforetak i 2012 sammenliknet med saldert budsjett 2012. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011–2012), jf. Innst. 375 S (2011–2012), ble det i tråd med etablert opplegg for håndtering av pensjonskostnader vedtatt å øke basisbevilgningen til de regionale helseforetakene med 2,1 mrd. kroner samtidig som driftskredittrammen ble redusert tilsvarende. I tillegg ble det vedtatt å øke basisbevilgningen med 200 mill. kroner for å sette de regionale helseforetakene i stand til å håndtere økte kostnader som følge av økte pensjonskostnader hos private helseinstitusjoner som de har avtale med. De vedtatte bevilgningsendringene er videreført i budsjettforslaget for 2013. Endelig pensjonskostnad for regionale helseforetak vil først være kjent i januar 2013.

2.2 Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 er regjeringens handlingsplan for å møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer. Omsorgsplanen har fire hovedinnsatsom-

råder: tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser, 12 000 nye årsverk, Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. Det foreslås en samlet styrking av tiltak i Omsorgsplan 2015 med 187,5 mill. kroner i 2013.

Regjeringen opprettet i 2012 et stimuleringsstilskudd til kommunene for etablering av dagtilbud til mennesker med demens. Målet er å innføre en lovfestet plikt for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. Det foreslås å styrke tilskuddet med 100 mill. kroner i 2013. Nødvendig opptrapping av årsverk knyttet til dagaktivitetsplassene er dekket innenfor veksten i frie inntekter, og er innenfor måltallet på 12 000 årsverk innen 2015.

Regjeringen vil gi tilskudd til bygging og fornying av 12 000 heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015, og vil utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det. For å legge til rette for fortsatt sterk kommunal satsing, foreslås 87,5 mill. kroner til 1750 heldøgns plasser med økt maksimal anleggskostnad i 2013. Samlet tilsagnsramme er 1,715 mrd. kroner inkludert økt maksimal anleggskostnad.

For å øke kvaliteten i omsorgstjenestene ønsker regjeringen å styrke kompetansen i legemiddelhåndtering og satse på økt kvalifisering av fremmedspråklige til helsearbeiderfaget. Det foreslås til sammen 5 mill. kroner til disse formålene i 2013.

2.3 Samhandling og IKT

Det foreslås 140 mill. kroner mer til oppfølging av samhandlingsreformen i 2013, til sammen om lag 900 mill. kroner. Samhandlingsreformen ble satt i verk 1. januar 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler, herunder IKT-tiltak. Dette viser allerede effekt. Reformen skal gradvis innføres, og ytterligere effekter vil komme over tid. Nye virkemidler vil bli vurdert i de neste årene.

Ny fastlegeforskrift trer i kraft 1. januar 2013. Forskriften er et verktøy for å utvikle allmennlegetjenesten i tråd med reformen. Som ledd i dette foreslås en styrking på 50 mill. kroner til flere legeårsverk i den kommunale allmennlegetjenesten og til å finansiere nye oppgaver/økt aktivitet i ordningen som følge av forskriften. For 2013 foreslås det til sammen 100 mill. kroner til dette formålet.

Bevilgningene til elektronisk samhandling foreslås styrket med 90 mill. kroner. Samlet fore-

slås det 300 mill. kroner i sentral IKT-satsing i 2013, hvorav 146 mill. kroner inngår i beløpet på 900 mill. kroner til samhandling. Samhandlingsreformen vektlegger informasjons- og kommunikasjonsteknologi som virkemiddel for å yte gode og effektive tjenester i hele pasientforløpet. Teknologien skal legge til rette for at all nødvendig informasjon er tilgjengelig ved behov, der hvor pasienten befinner seg. Det er et mål at elektroniske verktøy skal bidra til mer effektiv samhandling, bedre ressursutnyttelse, kvalitetsheving i alle deler av behandlingsskjeden og økt pasient-sikkerhet. I tillegg er det et mål at pasienten er informert, og i den utstrekning det er mulig, er aktiv deltaker i behandlingen.

Det foreslås 30 mill. kroner til å øke bruken av elektroniske meldinger. Målet er at alle kommuner, helseforetak og fastleger skal kunne kommunisere elektronisk. Det foreslås også 30 mill. kroner til ny elektronisk plattform i Helsedirektoratet/Helfo. Dagens IKT-systemer som Helfo anvender i sin forvaltning av helserefusjonsområdet blir levert av Nav. Systemene skal fases ut og Helsedirektoratet må utvikle nye IKT-systemer som også omfatter tilskuddsforvaltning og elektronisk kommunikasjon med helsetjenesten for øvrig. I tillegg foreslås 15 mill. kroner for å videreutvikle den nasjonale helseportalen, helsenorge.no, bl.a. ved å tilby flere og bedre selvbetjeningsløsninger til innbyggerne. Videre foreslås 15 mill. kroner for å styrke standardiseringsarbeidet, forenkle skjema-håndtering og sette i verk sertifiseringsordninger for funksjonaliteten i de viktigste systemene i helse- og omsorgssektoren.

Forskrift om oversikt over folkehelsen trådte i kraft 1. juli 2012. Alle kommuner og fylkeskommuner vil årlig få individuelle folkehelseprofiler fra Nasjonalt folkehelseinstitutt med data fra sentrale registre, og fikk dette første gang våren 2012.

2.4 Refusjon av legemiddelutgifter

Det foreslås en styrking på 86 mill. kroner til forhåndsgodkjent refusjon for en gruppe blodfortynnende legemidler som reduserer risikoen for hjerne- slag hos pasienter med atrieflimmer. Dabigatran er det første av flere nye tilsvarende legemidler som kan erstatte dagens behandling med warfarin. De nye legemidlene gir redusert behov for kontroller og dosejustering, lavere risiko for blødninger og trolig like bra eller bedre behandlingsresultat. Det vil bli sendt på høring et forslag om endring i regelverket for individuell refusjon av legemidler. Det tas sikte på å prioritere legemidler

ved disponeringen av midler som frigjøres ved avviklingen av særfradragordningen for store sykdomsutgifter.

2.5 Narkolepsi etter svineinfluensavaksine

Det foreslås 3 mill. kroner til å styrke forskning og kunnskapsutvikling om barn og unge som har utviklet narkolepsi som en mulig følge av bruk av svineinfluensavaksinen Pandemrix. Det er viktig at disse barna sikres god oppfølging og prioriteres. Tilskuddet skal gå til etablering av et nasjonalt prosjekt i Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF, med etablering av kvalitetsregister for narkolepsi og forskning på diagnostikk, behandling og oppfølging av barn og unge.

Det er staten som må dekke erstatningsutbetalinger der pasientskader kan knyttes til svineinfluensavaksinen. Norsk pasientskadeerstatning behandler kravene om erstatningsutbetalinger på vegne av staten. Norsk pasientskadeerstatning har per juli 2012 mottatt 57 krav vedrørende barn som har utviklet narkolepsi. Det er så langt gitt medhold i 19 av sakene. Det forelås 75 mill. kroner til erstatninger ved vaksiner.

2.6 Tannhelse

Det foreslås å styrke budsjettet med 40 mill. kroner til tannhelsekontroll for eldre, med virkning fom. annet halvår 2013 (helårs budsjettvirkning 80 mill. kroner). Ordningen vil gjelde for hvert annet år fra og med det kalenderåret man fyller 75 år. Der tannlegen følger statens honorartakster vil selve kontrollen være gratis, og dekkes av stønaden på 800 kroner. Folketrygdens stønadsordning til tannbehandling for personer med varig sykdom eller med varig nedsatt funksjons- evne foreslås styrket med 20 mill. kroner som del av utfasing av ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter. Videre foreslås å styrke tiltak innenfor tannhelsetjenestens kompetanseløft og tiltak overfor særskilt utsatte grupper med 30 mill. kroner ved omdisponering fra folketrygdens stønadsordning til tannlegehjelp.

2.7 Rusmiddeltiltak

Regjeringen la i juni fram Meld. St. 30 (2011–2012), Se meg!, En helhetlig rusmiddelpolitikk. Meldingen angir mål og tiltak for en helhetlig rus-

middelpolitikk, fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til dem som har omfattende rusproblemer, til å ivareta pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk. Siden 2005 er bevilgningene gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet økt med om lag 1085 mill. kroner. For 2013 foreslås ytterligere 45 mill. kroner til forebyggingstiltak, kunnskapsutvikling, reduksjon av overdoser og økt innsats for barn og pårørende sammenliknet med saldert budsjett for 2012. Bevilgningene til rustiltak er dermed økt med om lag 1130 mill. kroner siden 2005. Videre har kommunesektoren fått et betydelig økonomisk løft under denne regjeringen. Det har gitt muligheter for å utvikle tilbudet i kommunene. I tillegg er det gjennom økte generelle bevilgninger til de regionale helseforetakene lagt til rette for økt innsats overfor personer med rusmiddelproblemer.

Det foreslås å innlemme 333 mill. kroner av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammetilskuddet til kommunene fra 2013. I tillegg foreslås det at 100 mill. kroner av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid omdisponeres og videreføres til kompetansehevende tiltak og utvikling av gode samhandlingsmodeller.

2.8 Nytt sykehus i Kirkenes

Det foreslås at nytt sykehus ved Helse Finnmark, Kirkenes, tas inn i låneordningen for regionale helseforetak med en bevilgning på 40 mill. kroner i 2013. Nytt sykehus i Kirkenes skal ivareta endrede krav til pasientflyt, logistikk og standard, og sørge for samordning av somatikk og psykisk helsevern. Det skal dekke behovet for rehabilitering for hele Finnmark og ivareta samhandling med kommunene i opptaksområdet. Det skal videre ha fleksibilitet til å håndtere effektene av Barentssamarbeidet. Prosjektet får en samlet låneramme på 600 mill. 2013-kroner, som utbetales i utbyggingsperioden 2013–2018. Dette utgjør om lag halvparten av forventet prosjektkostnad.

2.9 Økt behandlingsskapitet, pasientskader

Antall nye saker i offentlig og privat sektor knyttet til pasientskadeordningen øker i 2012 og forventes å stige ytterligere i 2013. Det foreslås å styrke Norsk pasientskadeerstatning med 11,3 mill. kroner. Styrkingen omfatter også utgifter til bedre IKT-systemer i Norsk pasientskadeerstatning og

Pasientskadenemnda. Etatene samarbeider om etablering av nye IKT-løsninger. Videre foreslås det å styrke Pasientskadenemnda med 3,2 mill. kroner. Styrkingen skal bidra til å snu utviklingen der gjennomsnittlig saksbehandlingstid har øket. Norsk pasientskadeerstatning vil videreutvikle sitt arbeid med utnyttelse av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid.

2.10 Minoritetshelse

Utfordringene når det gjelder å yte likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrere er mange. For at innvandrerbefolkningen skal kunne nyttiggjøre seg helse- og omsorgstilbudet må det gis informasjon på ulike språk. Det er behov for å øke kunnskapen til helsepersonell. Det er et stort behov for helsefagarbeidere i helse- og omsorgssektoren. Innvandrerbefolkningen er en viktig ressurs innen denne yrkesgruppen. Det foreslås derfor en egen satsing på kvalifisering av fremmedspråklige til helsearbeiderfaget. Satsingen vil stimulere til opprettelse av yrkesrettet språkkopplering innenfor helsearbeiderfaget i samarbeid med fylkeskommuner og kommuner. Det foreslås å styrke minoritetshelsefeltet med 6 mill. kroner i 2013.

2.11 Melding om alvorlige hendelser, Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyns utrykningsgruppe ved alvorlige hendelser i helsetjenesten mottok 140 varsler i 2011. Ti pst. av varslene førte til utrykning. Det antas at antall varsler vil øke siden varslingsplikten ble lovfestet 1. januar 2012. Tilstrekkelig kapasitet er avgjørende for håndtering av alle varslene om alvorlige hendelser. Det forelås en styrking på 6 mill. kroner til dette. Utrykningsgruppen evalueres i 2012.

2.12 Nasjonal portal for turnuskandidater

For å sikre en funksjonell ordning, er det besluttet å gjøre endringer i turnustjenesten for leger. Ordningen endres fra loddtrekningsbasert til søknadsbasert. Nyutdannede leger vil ikke lenger ha rett til turnusplass og må søke blant utlyste stillinger. Det tas sikte på implementering av en søknadsbasert turnustjeneste fom. februar 2013. Det

forslås en styrking på 2 mill. kroner til etablering av nasjonal nettportal hvor stillinger utlyses og kandidater kan søke elektronisk.

2.13 Nasjonal beredskap

Regjeringen vil sikre best mulig helseberedskap og helsetjeneste ved framtidige hendelser og kriser. Terrorangrepet mot regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011, orkanen på vestlandet julen 2011, katastrofen i Japan i mars 2011, vulkanen på Island i 2010 og pandemien i 2009 har skjerpet kravene til samfunnssikkerhet og beredskap, og vist behovet for nasjonalt og internasjonalt samarbeid på området. Helse- og omsorgsdepartementet følger opp NOU 2012: 14, Rapport fra 22. juli-kommisjonen og Helsedirektoratets rapport om helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011.

2.14 Egenandeler

Det legges til grunn at egenandelene følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme reelle nivå. Prisomregning av egenandelene under egenandelstakene svarer i sum til om lag 110 mill. kroner. Prisjusteringen foreslås gjennomført ved å øke tak 1 fra 1980 til 2040 kroner og tak 2 fra 2560 til 2620 kroner fra 1. januar 2013. Videre foreslås egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapi-tjenester, poliklinikk, lab/røntgen samt pasientreiser økt med 2,6 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 1,3 pst. for året under ett.

Det foreslås å endre folketrygdlovens § 22-19 slik at det innføres en bagatellgrense på 100 kroner for refusjon av innbetalte egenandeler utover egenandelstak 1. Nåværende bagatellgrense ved de andre helserefusjonsordningene på 50 kroner foreslås hevet til 100 kroner. Forslaget innebærer at tilgodehavende beløp fra ulike refusjonsområder kan slås sammen og betales ut dersom de til sammen overstiger bagatellgrensen på 100 kroner. Forslaget vil innebære administrativ innsparing for Helfo med anslagsvis 2 mill. kroner og reduserte utgifter for folketrygdens med anslagsvis 25 mill. kroner.

2.15 Medisinsk forbruksmateriell

Det foreslås å innføre en angivelse av antall teststrimler til blodsuktermåling på resepter. Tiltaket gjennomføres ved at legene angir mengde på resepten i samråd med hver enkelt pasient. Dette antas å gi en besparing for folketrygden på 6 mill. kroner.

2.16 Utvikling av opptreningstilbud

I 2006 ble det opprettet et eget tilskudd til utvikling av opptreningstilbud, jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006). I 2008 ble kriteriene for å kunne søke tilskudd utvidet, slik at private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner med avtaleforhold til regionalt helseforetak kan søke om tilskudd til prosjekter. Formålet med bevilgningen har vært å utvikle tilbud innenfor rehabilitering med arbeid som mål, tilbud som faller inn under ansvarsområdet til regionale helseforetak, tilbud rettet mot kommunene mv. Ny kompetanse og nye arbeidsmetoder er utviklet. I avtalene med regionale helseforetak er det også etablert tilbud til nye grupper, og kompetansen er styrket. Samlet sett har det i en periode på sju år (2006 til 2012) vært gitt støtte til en rekke prosjekt. Departementet vurderer at det nå har vært en tilstrekkelig overgangsperiode. På denne bakgrunn finner departementet at det særskilte tilskuddet til utvikling av opptreningstilbud kan reduseres med 20 mill. kroner.

2.17 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et tilbud til kronikergrupper og da særlig revmatologiske pasientgrupper. Nye behandlingsmetoder og utviklingen av medisinsk teknologi de siste tiårene har gitt stor behandlingsgevinst for pasientene. På samme måte har utvikling av nye legemidler bidratt til at nye pasientgrupper får behandling. Det foreslås på denne bakgrunn at bevilgningen til behandlingsreiser til utlandet reduseres med 25 mill. kroner. Innstrammingen innebærer strengere prioritering av de pasienter som vurderes for tilbud om behandlingsreiser, dvs. at en konsentrerer innsatsen til de pasientene som har størst nytte av tilbudet.

3 Oversiktstabeller

Utgifter fordelt på programkategorier

Betegnelse	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
			mill. kr
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	289,5	294,3	1,7
10.10 Folkehelse	1 697,4	1 790,7	5,5
10.20 Helseforvaltning	1 619,9	1 905,6	17,6
10.30 Spesialisthelsetjenester	106 542,0	112 266,9	5,4
10.50 Legemidler	293,6	303,0	3,2
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	3 828,8	3 837,8	0,2
10.70 Tannhelsetjenester	129,2	163,5	26,5
10.80 Kunnskap og kompetanse	667,7	751,1	12,5
<i>Sum før lånetransaksjoner</i>	<i>115 068,0</i>	<i>121 313,0</i>	<i>5,4</i>
<i>Lånetransaksjoner</i>	<i>9,0</i>	<i>1,5</i>	<i>-83,3</i>
Sum Helse og omsorg	115 077,0	121 314,5	5,4
<i>Programområde 30 Stønad ved helsetjenester</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	3 730,0	4 328,5	16,0
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	20 149,3	20 817,7	3,3
30.90 Andre helsetiltak	229,8	230,0	0,1
Sum Stønad ved helsetjenester	24 109,1	25 376,2	5,3
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	139 186,2	146 690,7	5,4

Utgifter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
Helse- og omsorgsdepartementet mv.					
700	Helse- og omsorgsdepartementet	174 593	182 139	186 088	2,2
702	Beredskap	37 912	37 357	38 590	3,3
703	Internasjonalt samarbeid	66 113	70 038	69 644	-0,6
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>278 618</i>	<i>289 534</i>	<i>294 322</i>	<i>1,7</i>
Folkehelse					
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	1 206 904	1 123 299	1 204 454	7,2
711	Ernæring og mattrygghet	49 473	50 501	52 340	3,6
712	Bioteknologinemnda	8 379	8 452	8 720	3,2
715	Statens strålevern	103 429	117 529	121 394	3,3
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	41 085	38 573	41 875	8,6
718	Rusmiddelforebygging	214 492	214 483	217 726	1,5
719	Annet folkehelsearbeid	145 239	144 571	144 237	-0,2
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>1 769 001</i>	<i>1 697 408</i>	<i>1 790 746</i>	<i>5,5</i>
Helseforvaltning					
720	Helsedirektoratet	1 048 222	1 075 677	1 223 770	13,8
721	Statens helsetilsyn	97 921	95 308	104 076	9,2
722	Norsk pasientskadeerstatning	168 407	165 376	257 297	55,6
723	Pasientskadenemnda	42 290	43 552	48 043	10,3
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	30 660	34 569	37 159	7,5
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	181 508	137 338	165 147	20,2
726	Statens helsepersonellnemnd	6 826	8 025	8 125	1,2
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjons- diagnostikknemnda	2 786	3 098	3 199	3,3
729	Pasient- og brukerombud	56 606	56 915	58 831	3,4
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>1 635 226</i>	<i>1 619 858</i>	<i>1 905 647</i>	<i>17,6</i>
Spesialisthelsetjenester					
732	Regionale helseforetak	104 841 268	106 209 705	111 960 977	5,4
733	Habilitering og rehabilitering	168 807	175 675	132 323	-24,7

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	164 852	165 587	175 127	5,8
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>105 174 927</i>	<i>106 550 967</i>	<i>112 268 427</i>	<i>5,4</i>
	Legemidler				
750	Statens legemiddelverk	226 020	220 659	227 716	3,2
751	Legemiddeltiltak	69 008	72 916	75 323	3,3
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>295 028</i>	<i>293 575</i>	<i>303 039</i>	<i>3,2</i>
	Helse- og omsorgstjenester i kommunene				
761	Omsorgstjeneste	1 695 209	1 809 030	1 879 652	3,9
762	Primærhelsetjeneste	256 343	471 501	710 470	50,7
763	Rustiltak	730 418	739 781	410 663	-44,5
764	Psykisk helse	777 092	772 161	800 537	3,7
769	Utredningsvirksomhet mv.	35 216	36 330	36 429	0,3
	<i>Sum kategori 10.60</i>	<i>3 494 278</i>	<i>3 828 803</i>	<i>3 837 751</i>	<i>0,2</i>
	Tannhelsetjenester				
770	Tannhelsetjenester	99 845	129 218	163 482	26,5
	<i>Sum kategori 10.70</i>	<i>99 845</i>	<i>129 218</i>	<i>163 482</i>	<i>26,5</i>
	Kunnskap og kompetanse				
780	Forskning	265 898	284 141	302 518	6,5
781	Forsøk og utvikling mv.	136 656	152 682	208 230	36,4
782	Helseregistre	48 315	50 161	51 816	3,3
783	Personell	171 477	180 684	188 521	4,3
	<i>Sum kategori 10.80</i>	<i>622 346</i>	<i>667 668</i>	<i>751 085</i>	<i>12,5</i>
	<i>Sum programområde 10</i>	<i>113 369 269</i>	<i>115 077 031</i>	<i>121 314 499</i>	<i>5,4</i>
	Spesialisthelsetjenester mv.				
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	3 531 132	3 730 000	4 328 500	16,0
	<i>Sum kategori 30.10</i>	<i>3 531 132</i>	<i>3 730 000</i>	<i>4 328 500</i>	<i>16,0</i>
	Legehjelp, legemidler mv.				
2751	Legemidler mv.	9 199 783	9 805 000	10 210 000	4,1
2752	Refusjon av egenbetaling	4 256 172	4 349 600	4 316 000	-0,8
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	5 523 143	5 944 700	6 281 700	5,7
2756	Helsehjelp i utlandet	2 161	50 000	10 000	-80,0
	<i>Sum kategori 30.50</i>	<i>18 981 259</i>	<i>20 149 300</i>	<i>20 817 700</i>	<i>3,3</i>

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
	Andre helsetiltak				
2790	Andre helsetiltak	222 791	229 837	230 000	0,1
	<i>Sum kategori 30.90</i>	<i>222 791</i>	<i>229 837</i>	<i>230 000</i>	<i>0,1</i>
	<i>Sum programområde 30</i>	<i>22 735 182</i>	<i>24 109 137</i>	<i>25 376 200</i>	<i>5,3</i>
	<i>Sum utgifter</i>	<i>136 104 451</i>	<i>139 186 168</i>	<i>146 690 699</i>	<i>5,4</i>

Inntekter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
	Helse- og omsorgsdepartementet mv.				
3700	Helse- og omsorgsdepartementet	4 831			
3703	Internasjonalt samarbeid	2 500	2 619		-100,0
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>7 331</i>	<i>2 619</i>		<i>-100,0</i>
	Folkehelse				
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	415 714	285 195	291 330	2,2
3711	Ernæring og mattrygghet	267	200	407	103,5
3715	Statens strålevern	33 821	49 297	50 924	3,3
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning	6 141	3 318	3 427	3,3
3718	Rusmiddelforebygging	1 497	1 599	1 652	3,3
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet	81 122	39 202	38 502	-1,8
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>538 562</i>	<i>378 811</i>	<i>386 242</i>	<i>2,0</i>
	Helseforvaltning				
3720	Helsedirektoratet	57 471	13 838	29 774	115,2
3721	Statens helsetilsyn	5 111			
3722	Norsk pasientskadeerstatning	13 651	19 140	19 181	0,2
3723	Pasientskadenemnda	2 713	500	500	0,0
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	20 977	25 692	28 040	9,1
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	53 256	132	136	3,0
3726	Statens helsepersonellnemnd	24			
3729	Pasient- og brukerombud	1 984			

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>155 187</i>	<i>59 302</i>	<i>77 631</i>	<i>30,9</i>
	Spesialisthelsetjenester				
3732	Regionale helseforetak	3 306 340	1 309 000	1 692 000	29,3
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>3 306 340</i>	<i>1 309 000</i>	<i>1 692 000</i>	<i>29,3</i>
	Legemidler				
3750	Statens legemiddelverk	123 171	129 257	125 258	-3,1
3751	Legemiddeltiltak	141	187		-100,0
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	176 866	163 028	180 322	10,6
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>300 178</i>	<i>292 472</i>	<i>305 580</i>	<i>4,5</i>
	<i>Sum programområde 10</i>	<i>4 307 598</i>	<i>2 042 204</i>	<i>2 461 453</i>	<i>20,5</i>
	<i>Sum inntekter</i>	<i>4 307 598</i>	<i>2 042 204</i>	<i>2 461 453</i>	<i>20,5</i>

Stillinger og årsverk

Kap.	Virksomhet	2011	2012
700	Helse- og omsorgsdepartementet	197,3	198,0
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	599,9	713,1
715	Statens strålevern	111,9	112,1
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	40,0	44,5
720	Helsedirektoratet	1175,9	1175,7
	herunder:		
	Pasientombudene	61,0	65,3
	Helseøkonomiforvaltningen	578,0	563,3
721	Statens helsetilsyn	98,2	105,4
722	Norsk pasientskadeerstatning	135,2	131,8
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	37,3	45,1
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	137,5	145,6
750	Statens legemiddelverk	242,5	229,9
	Nemndssekretariater mv.	65,8	67,1

Merknad: Nemndssekretariater mv. omfatter sekretariatene for Bioteknologinemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Pasientkadenemnda, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda, Statens helsepersonellnemnd og Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Årsverk i Helsedirektoratet i 2011 var feilsummert i Prop. 1 S (2011–2012), og er korrigert her. Bemanningsøkning ved Nasjonalt folkehelseinstitutt er alt vesentlig knyttet til innlemming av Rettsmedisinsk institutt, jf. Prop 74 S (2010–2011) og Innst. 320 (2010–2011).

Kilde: Statens sentrale tjenestemannsregister per 1. mars.

Bruk av stikkordet «kan overføres»

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

			(i 1 000 kr)	
Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2012	Forslag 2013
702	21	Spesielle driftsutgifter	10 448	35 171
702	70	Tilskudd		3 419
703	21	Spesielle driftsutgifter	7 129	54 863
703	70	Tilskudd	3 895	14 781
711	21	Spesielle driftsutgifter	232	11 824
711	70	Tilskudd	150	1 074
711	74	Skolefrukt		18 984
718	63	Rusmiddeltiltak		15 957
718	70	Andre tilskudd	735	105 271
719	21	Spesielle driftsutgifter	99	78 107
719	60	Kommunetilskudd	2	6 459
719	70	Smittevern mv.	153	16 998
719	73	Fysisk aktivitet	6	34 575
719	79	Andre tilskudd	1 153	8 098
720	22	Elektroniske resepter	16 976	44 783
732	21	Spesielle driftsutgifter	3 064	8 891
732	70	Særskilte tilskudd	266	372 058
732	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF		47 683 089
732	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF		16 738 286
732	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF		12 663 461
732	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF		11 225 820
732	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester		945 952
732	79	Raskere tilbake		530 975
732	82	Investeringslån		2 009 931
733	72	Kjøp av opptrening mv.	1 236	9 447
751	21	Spesielle driftsutgifter	2 636	12 320
761	60	Kommunale kompetansetiltak	1 134	202 215
761	62	Dagaktivitetstilbud		254 800
762	62	Øyeblikkelig hjelp		270 192
762	73	Forebygging uønskede svangerskap og abort	375	26 675

(i 1 000 kr)				
Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2012	Forslag 2013
763	61	Kommunalt rusarbeid	2 167	86 029
763	71	Frivillig arbeid mv.		176 148
764	21	Spesielle driftsutgifter	625	89 118
764	60	Psykisk helsearbeid	14 506	226 179
764	72	Utviklingstiltak	1 752	377 758
764	73	Vold og traumatisk stress	48	107 482
770	70	Tilskudd		143 808

Anmodningsvedtak

Anmodningsvedtak er omtalt følgende steder i proposisjonen:

Nr.	Dato	Vedtak	Omtale
254 (2008–2009)	16. mars 2009	«Stortinget ber Regjeringen kartlegge hvilket habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea implantatoperasjon.»	Kap. 733 s. 125
255 (2008–2009)	16. mars 2009	«Stortinget ber Regjeringen kartlegge den tverrfaglige oppfølgingen barn med cochlea-implantat frem til skolestart.»	Kap. 733 s. 125
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 s. 180
481 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen samarbeide med kommunene om å gjennomføre prosjekter etter inspirasjon fra STAD-prosjektet i Stockholm, som innebærer samarbeid med salgsnæringen om opplæring av personale i alkoholloven og konflikthåndtering, kombinert med flere kontroller av salgs- og serveringsstedene.»	Kap. 718 s. 53
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 s. 180
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 s. 232–233
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.»	Kap. 770 s. 208

Nr.	Dato	Vedtak	Omtale
686 (2010–2011)	17. juni 2011	«Stortinget ber regjeringen utrede videre de økonomiske og administrative konsekvensene og raskt komme tilbake til Stortinget med et forslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse for brukere med stort behov innenfor den samme økonomiske rammen som gjelder i dag (jf. Innst. 424 L).»	Kap. 761 s. 154
408 (2011–2012)	8. mars 2012	«Stortinget ber regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene.»	Kap. 764 s. 191–192

Del II
Budsjettforslaget

4 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Generell merknad til budsjettabeller under inntektskapitlene:

Det er ikke knyttet bevilgningsforslag til postene 15–18, refusjon av lønnsutgifter. Under inntektskapitler der det fremmes bevilgningsforslag,

er ev. regnskap 2011 for postene 15–18 ført samlet under betegnelsen Refusjon lønnsutgifter. Budsjettkapitler som kun omfatter postene 15–18, er ikke omtalt.

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 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
700	Helse- og omsorgsdepartementet	174 593	182 139	186 088	2,2
702	Beredskap	37 912	37 357	38 590	3,3
703	Internasjonalt samarbeid	66 113	70 038	69 644	-0,6
	Sum kategori 10.00	278 618	289 534	294 322	1,7

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
01–23	Statens egne driftsutgifter	258 318	271 915	276 122	1,5
70–89	Andre overføringer	20 300	17 619	18 200	3,3
	Sum kategori 10.00	278 618	289 534	294 322	1,7

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2011	budsjett 2012	2013
01	Driftsutgifter	174 593	182 139	186 088
	Sum kap. 0700	174 593	182 139	186 088

Sammenliknet med saldert budsjett 2012 foreslås det 2,2 mill. kroner mindre som følge av justering av årlig husleie.

Helse- og omsorgsdepartementets mål er å utforme en helhetlig og effektiv politikk for helse-tjenester (primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester), pleie- og omsorgstjenester, tiltak for rusmiddelavhengige og å fremme folkehelsearbeidet.

Departementet har ansvar innenfor følgende hovedområder:

- folkehelse
- primærhelsetjeneste
- spesialisthelsetjeneste
- pleie- og omsorgstjenester
- tannhelse
- psykisk helse
- rus og helse
- habilitering og rehabilitering
- pasientrettigheter
- legemidler
- bioteknologi og bioetikk
- helseberedskap

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

- Helsedirektoratet
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Norsk pasientskadeerstatning
- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
- Statens helsetilsyn
- Statens institutt for rusmiddelforskning
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Helse Nord RHF
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Norsk Helsenett SF
- AS Vinmonopolet

Følgende nemndsekretariater er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet:

- Sekretariat for Bioteknologinemnda
- Sekretariat for Statens helsepersonellnemnd
- Klagenemnda for behandling i utlandet
- Preimplantasjonsdiagnostikknemnda
- Sekretariat for Pasientskadenemnda
- Sekretariat for Vitenskapskomiteen for matt-rygghet
- Klagenemnda for Vinmonopolets innkjøp

I sesjonen 2011–2012 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 29 L (2011–2012) Endringer i helsepersonellova om pliktig fråhald m.m.
- Prop. 89 L (2011–2012) Endringer i helseregisterloven mv. (opprettelse av nasjonal kjernejournal m.m.)
- Prop. 99 L (2011–2012) Endringer i helseregisterlova mv. (etablering av Norsk helsearkiv m.m.)
- Prop. 108 L (2011–2012) Endringer i psykisk helsevernloven (regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå m.m.)
- Prop. 120 L (2011–2012) Endringer i helseforetaksloven mv.
- Prop. 123 L (2011–2012) Endringer i folketrygdloven (stønad til undersøkelse og behandling hos tannpleier)
- Prop. 124 S (2011–2012) Endringer i statsbudsjettet for 2012 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følge av takstoppgjera for legar, psykologar og fysioterapeutar samt bruk av midlar til styrking av fastlegeordninga)
- Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (alkohol – narkotika – doping)

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Som følge av justering av årlig husleie foreslås 2,2 mill. kroner mindre sammenliknet med saldert budsjett 2012, jf. Prop. 1 S (2011–2012).

Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
70	Legemiddelomsetningsavgift	67 175	66 025	69 000
71	Vinmonopolavgift	36 100	23 300	37 100
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 759	4 381	4 900
73	Legemiddelkontrollavgift	68 832	69 322	69 322
Sum kap. 5572		176 866	163 028	180 322

Post 70 Legemiddelomsetningsavgift

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist. Avgiftssats foreslås uendret fra 2012. Avgiften dekker bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, Relis 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

Det er vedtatt å oppheve skattefritaket for AS Vinmonopolet fra 2012. Som en følge av dette vil vinmonopolavgiften opphøre, og 2011 bli siste år det beregnes avgift (innbetales i 2013). Endringen er en opprydning hvor avgiften erstattes av alminnelig skatteplikt. Endringen vil ikke medføre vesentlige økonomiske konsekvenser. Det vises til nær-

mere omtale og nødvendige lovendringer, herunder oppheving av § 7-2 i alkoholloven, i Prop. 1 LS (2011–2012) Skatter, avgifter og toll 2012.

Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder for legemidler 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 bl.a. finansiere Legemiddelverkets arbeid med kvalitetskontroll, bivirkningsovervåking, informasjonsvirksomhet mv.

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	34 525	34 047	35 171
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 387	3 310	3 419
Sum kap. 0702		37 912	37 357	38 590

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2012.

Helseberedskapens formål er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig hel-

sehjelp kan tilbys ved krig og kriser og katastrofer i fredstid. Helseberedskap er en del av regjeringens innsats for samfunnssikkerhet.

Ansvar for helseberedskap følger av lov om helsemessig og sosial beredskap. Loven pålegger kommuner, regionale helseforetak, sykehus og staten å ha beredskapsplaner. Vannverk, Mattilsynet og næringsmiddelaboratorier har tilsvarende planplikt. Spesialisthelsetjenesteloven, smittevernloven, matloven, strålevernloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid har egne beredskapsbestemmelser. 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 tilsvarende opp vannverkene.

Alvorlige hendelser som terrorangrepet mot regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011, orkanen på vestlandet julen 2011, katastrofen i Japan i 2011, vulkanen på Island i 2010 og pandemien i 2009 er hendelser som har stilt nye krav til samfunnssikkerhet og beredskap som viser behovet for et godt nasjonalt og internasjonalt samarbeid på området.

Helseberedskap er integrert i de ulike fagområdene og finansieres i hovedsak over ordinære driftsbudsjetter, kap. 703, 710, 715, 719, 720, 732, 750 og 764. Hovedinnsatsområdene er å:

- styrke sektorens krisehåndteringsevne basert på øvelser og hendelser
- sikre god beredskap mot hendelser som kan innebære ioniserende stråling eller spredning av radioaktivitet, beredskap mot pandemier og andre biologiske hendelser, og beredskap mot kjemiske hendelser
- sikre robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten og næringen
- sikre et godt nasjonalt og internasjonalt helseberedskapssamarbeid

Mål for 2013:

- følge opp NOU 2012: 14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen og Helsedirektoratets rapport om helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011 med sikte på at beredskapsplaner og systemer i sektoren skal ha god kvalitet, skal være samtrent lokalt, nasjonalt og internasjonalt
- oppgradere atomberedskapen
- revidere beredskapsplan mot pandemisk influensa
- vurdere behov for en egen plan mot alvorlige smittsomme sykdommer

- implementere forskrift om beredskap ved helseskadelige miljøhendelser
- prioritere tilsyn med vannverk og bruke strengere virkemidler overfor vannverk som ikke oppfyller regelverket for levering av drikkevann.

Krisehåndteringsevne

Helsesektorens krisehåndteringsevne utvikles løpende på basis av analyser, beredskapsplanlegging, øvelser og hendelser. Terrorangrepene mot Norge 22. juli 2011 stilte norsk helsetjeneste på sin kanskje største prøve noensinne.

Helsesektorens innsats etter angrepet på Regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011 er gitt bred omtale i NOU 2012: 14, Rapport fra 22. juli-kommisjonen. Omtalen av helsesektoren i Kommisjonens rapport samsvarer i stor grad med Helsedirektoratets rapport. Hovedkonklusjon i begge rapportene er at det ikke er behov for å endre hovedinnretningen på dagens helseberedskap. Det er samtidig identifisert en rekke læringspunkter, bl.a. om oppfølging av overlevende og pårørende, systemer og rutiner for varsling, kommunikasjon og informasjon, inkludert nødmeldetjenesten, behov for nasjonale retningslinjer f.eks. om samarbeid mellom politi, brann- og redningsetaten og helsetjenesten på skadested, samt behov for å videreutvikle planer, rutiner og kompetanse. Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å følge opp anbefalte tiltak. Helsedirektoratet vil ivareta oppfølgingen i samarbeid med de regionale helseforetakene, fylkesmennene, kommunene og andre berørte fagmiljøer. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å bidra til direktoratets arbeid og følge opp tiltak som gjelder spesialisthelsetjenesten. Formålet er å bidra til en best mulig helseberedskap og helseinnsats ved framtidige kriser. Oppfølging av overlevende og pårørende etter 22. juli vil fortsatt være en prioritert oppgave, jf. kap. 764.

Kjernefysiske, kjemiske og biologiske hendelser, inkludert pandemi

Helsemyndighetene har over flere år etablert tiltak for å møte kjernefysiske, kjemiske og biologiske hendelser. Det er etablert en landsfunksjon for behandling av nbc-skader ved Oslo Universitetssykehus HF. Videre er det etablert overvåknings-, måle- og analysekapasiteter, ulike innsatsteam, øvelser og kompetansetiltak for å vedlikeholde og utvikle beredskapen på området.

Statens strålevern leder Kriseutvalget for atomberedskap, jf. kgl. res. av 17. februar 2006 om Atomberedskap, sentral og regional håndtering. Kriseutvalget oppgraderer nå atomberedskapen på basis av en trusselvurdering fra 2008 og erfaringer fra hendelser som Fukushima, 22. juli og brann i atomubåt i 2011.

Helsemyndighetene følger opp bestemmelsene i ny folkehelselov om beredskap ved helse-skadelige miljøhendelser. Nasjonalt folkehelseinstitutt har etablert beredskapsgrupper med fagekspertter som skal bistå ved miljøhendelser og det skal utarbeides forskriftsbestemmelser som gjennomfører beredskapselementene i folkehelseloven.

Justisdepartementet ga i 2010 Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) i oppdrag å gjennomgå den nasjonale håndteringen av influensa A (H1N1) i 2009–2010 for å lære av de nasjonale erfaringene. Gjennomgangen ble utført i nær dialog med involverte aktører. I tillegg til DSBs gjennomgang foreligger også rapporter fra Verdens helseorganisasjon (WHO), EUs smittevernbyrå (ECDC), Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Apotekforeningen (NAF).

DSB vurderer at den overordnede styringen og koordineringen av pandemien i hovedsak ble ivaretatt på en god måte. Rapporten peker imidlertid på forhold som kan forbedres, fordi de kan representere mulige sårbarheter i en annen og mer krevende håndteringssituasjon. De viser til at den norske tilnærmingen i stor grad var på linje med den som ble valgt i andre land i Europa, og at myndighetenes håndtering av pandemien i overveiende grad ble gjennomført i tråd med den strategien som var lagt i Beredskapsplan mot pandemisk influensa fra 2006. DSB har 25 konkrete anbefalinger til forbedring av pandemiberedskapen. Det vil bli fremmet en stortingsmelding om pandemiberedskap i løpet av 2012. Her vil det bli redegjort nærmere for håndteringen av influensapandemien i 2009/2010, og fremmet forslag til sentrale prinsipper som vil legges til grunn i den framtidige beredskapen mot pandemisk influensa.

Forsyningsikkerhet av legemidler, materiell og drikkevann

Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere sektorens forsyningsikkerhet av legemidler og medisinsk materiell. Direktoratet forvalter, som et supplement til helsetjenestens og næringens beredskap, avtaler med grossister om nasjonale beredskapslagre av legemidler og materiell som bevilgningen dekker.

Kommuner og helseforetak skal etter lov om helsemessig og sosial beredskap ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av materiell og legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser og katastrofer.

Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Grossistene har etter grossistforskriften plikt til å føre det utvalg av legemidler som etterspørres i det norske markedet, og skal kunne levere legemidlene til landets apotek innen 24 timer. Statens legemiddelverk forvalter legemiddeloven og apotekloven. EU-lovgivning, implementert i norsk rett, pålegger legemiddelfirmaer med markedsføringstillatelse meldepikt til myndighetene om midlertidig eller permanent avbrudd i legemiddelforsyningen.

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

Departementet mottok i juli i år en rapport fra Helsedirektoratet om nasjonal legemiddelberedskap. Rapporten gir anbefalinger for legemiddelberedskapen for ytterligere å sikre tilgang til viktige og kritiske legemidler ved ulykker, katastrofer, krisetilstander eller situasjoner med forsyningssvikt. Departementet vurderer nå forslagene og videre oppfølging av rapporten.

Når det gjelder forsyning av drikkevann har om lag 75 pst. av vannverkene rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplan etter lov om helsemessig og sosial beredskap og matloven. Hoveddelen av Norges befolkning mottar vann fra store vannforsyningssystemer med god kvalitet og gode beredskapsplaner. En del mindre vannverk mangler eller har mangler i sine beredskapsplaner. Gammelt og dårlig ledningsnett utgjør for øvrig den viktigste sikkerhetsutfordringen.

Helseberedskapssamarbeid nasjonalt og internasjonalt

Departementet deltar i Kriserådet (tidligere Regjeringens kriseråd). Departementet har ansvar for samarbeidsorganer som Helseberedskapsrådet, Pandemikomiteen og Kriseutvalget for atomberedskap.

Norge deltar i Verdens helseorganisasjon (WHO) og Det internasjonale atomenergibyråets (IAEA) globale samarbeid om overvåking, analyse, varsling og reaksjonsformer ved utbrudd av smittsomme sykdommer og strålingsrelaterte hendelser. WHOs internasjonale helsereglement (IHR 2005) gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for interna-

sjonal folkehelse, som kjemikaliehendelser og pandemier. Norge har gjennomført deler av reglementet i norsk lov, jf. omtale av ny folkehelselov over. Ny folkehelselov gir hjemmelsgrunnlag for implementering av beredskap mot miljøhendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. Nasjonalt folkehelseinstitutt er nasjonalt IHR-kontaktpunkt i Norge. Norges deltakelse i WHO/Unece-protokollen om vann og helse kan bidra til bedre beredskap på drikkevannsområdet, gjennom fastsettelse av nasjonale mål.

Norge samarbeider også med Nato og EU på helse- og mattrygghetsområdet, bl.a. i EUs Health Security Committee, EUs senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) og EUs myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA). Nordisk helseberedskapsavtale omfatter gjensidig

informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker særskilte beredskapstiltak som bl.a. plan- og systemutvikling, øvelser og andre kompetansetiltak, nasjonale beredskapslagre av legemidler og materiell, overvåkningsmåle- og varslingssystemer, laboratorieberedskap og bidrag til ulike innsatsteam.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til særskilte beredskapstiltak som landsfunksjonen for behandling av nbc-skader samt Røde Kors for tilrettelegging av pårørendeberedskap.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kroner)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2013
		2011	Saldert budsjett 2012	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	49 200	55 729	54 863
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	16 913	14 309	14 781
	Sum kap. 0703	66 113	70 038	69 644

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås 2,6 mill. kroner mindre sammenliknet med saldert budsjett.

Formålet med Norges internasjonale helse-samarbeid er å fremme allmenn folkehelse og ivareta norske helsepolitiske hensyn i internasjonal sammenheng.

Stadig flere helseutfordringer er grenseoverskridende. Historisk har de grenseoverskridende helseutfordringene vært infeksjonssykdommer. I dag har kroniske sykdommer overtatt denne rollen. Det har sammenheng med økt levealder og flere eldre. Tobakksbruk, skadelig bruk av alkohol, usunt kosthold, manglende fysisk aktivitet, overvekt og fedme er også viktige faktorer for å utvikle kroniske sykdommer. Helse-systemer i Norge og andre land og verdensdeler utfordres også av økt mobilitet av helsearbeidere og pasienter. Folkehelsen utfordres videre av klimaendringer og miljøforhold verden over. Samtidig er det en tendens at internasjonale normer og regler blir mer forpliktende og berører vår nasjonale helsepolitikk.

Norge må derfor delta i de fora hvor helsepolitiske beslutninger fattes for å fremme norske helseinteresser og bidra til at nasjonale tiltak utvikles i sammenheng med verden omkring. Gjennom samarbeid vil en også dra nytte av andre lands erfaringer og løsninger.

Internasjonalt helsesamarbeid er integrert i de ulike fagområdene og finansieres i hovedsak over ordinære budsjettkapitler. Hovedområder er FN/WHO, WTO, EU/EØS, nordisk samarbeid og Barentssamarbeidet. Norge har bilaterale avtaler med Russland og Kina.

Mål for 2013:

- støtte reformarbeidet i WHO, organisasjonens normative arbeid globalt og bidra til å styrke WHO's arbeid med ikke-smittsomme sykdommer.
- fremme norske helsepolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet
- delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser

- styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd
- ivareta norsk formannskap i Barents helse- og sosialsamarbeid, gjennomføre nytt Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram og videreføre helsesamarbeidet med Russland
- ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handelsavtaler og frihandelsavtaler
- videreutvikle helseavtalen med Kina.

FN/WHO

Mål for 2013 er aktivt å støtte opp under WHO's videre reformarbeid. Reformagendaen innebærer sterkere vektlegging av kjerneoppgaver, resultatbasert budsjettering og styring, klargjøring av roller og ansvar mellom de tre organisasjonsnivåene, bedre effektivitet på landnivå og styrking av WHO's rolle overfor bredden av aktører i global helse.

WHO er, som FNs særorganisasjon på helse, en sentral arena for Norges internasjonale helseengasjement. Norge gir, over Utenriksdepartementets bistandsbudsjett, bidrag til WHO i form av kontingent og frivillige bidrag.

Helse- og omsorgsministeren representerer Norge i WHO's styrende organer.

Norge har i perioden 2010–2013 plass i WHO's styre. Det er utarbeidet en norsk strategi for styreperioden som fastsetter overordnede mål og prioriteringer for det norske WHO-arbeidet.

Norge skal i styreperioden bidra til å styrke WHO som ledende, normativ organisasjon for global helse. Med utgangspunkt 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.

Norge vil i styreperioden spesielt arbeide for å:

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

FNs generalforsamling vedtok høsten 2011 en resolusjon om ikke-smittsomme sykdommer. Medlemslandene ble enig om flere tiltak for å begrense omfanget av ikke-smittsomme sykdom-

mer, herunder hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske luftveissykdommer og diabetes og deres mest vesentlige risikofaktorer; tobakksbruk, skadelig bruk av alkohol, usunt kosthold og fysisk inaktivitet. WHO fikk bl.a. i oppgave å utarbeide globale mål og indikatorer for det videre arbeidet i løpet av 2012. Verdens helseforsamling vedtok i mai 2012 et globalt mål om 25 pst. reduksjon i prematur dødelighet som følge av ikke-smittsomme sykdommer innen 2025. De globale ambisjonene på dette området vil måtte påvirke prioriteringene i det internasjonale helsesamarbeidet i årene som kommer.

WHO's Internasjonale helsereglement (IHR 2005) gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, bl.a. ved pandemier og kjemikaliehendelser. Norge har gjennomført deler av reglementet i norsk rett og arbeider med resterende implementering. Ny folkehelselov gir hjemmelsgrunnlag for gjennomføring av de resterende delene av reglementet. Nasjonalt folkehelseinstitutt er nasjonalt IHR-kontaktpunkt i Norge.

WHO's medlemsland har nylig vedtatt et globalt rammeverk for pandemisk influensaberedskap og respons. Rammeverket skal sikre umiddelbar deling av virus gjennom etablerte FN-kanaler for å utvikle vaksiner mot influensa. Dette er nødvendig for et globalt smittevern tilgjengelig for alle. Norge har vært pådriver i forhandlingene og støtter WHO's arbeid på dette feltet.

Norge deltar aktivt i miljø- og helseprosessen i regi av WHO, herunder gjennomføring av WHO/UNECE-protokollen om vann og helse hvor Norge ivaretar lederskapet for byrået i perioden 2010–2013. Norge har sluttet seg til og bidrar til oppfølgingen av Parmaerklæringen fra 2010 som ble vedtatt på WHO's 5. ministerkonferanse for miljø og helse i Europa. Erklæringen innebærer sterkere politisk innflytelse og legger økt vekt på konsekvenser av klimaendringer på fysiske og sosiale miljøfaktorer. Norge deltar også aktivt i arbeidet i Codex Alimentarius, som lager internasjonale standarder på matområdet.

Departementet koordinerer Norges internasjonale arbeid med narkotikas spørsmål og deltar i det styrende organet for FNs narkotikasamarbeid, FNs narkotikakommisjon (CND). Norge gir bistand til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC).

EU og EØS

Mål for 2013 er å fremme norske helsepolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser,

programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet.

Et prioritert område er direktivet om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, som ble vedtatt i EU våren 2011. Direktivet gir regler om når en pasient skal få tilbakebetalt utgifter til helsehjelp pasienten har valgt å få utført i et annet EU/EØS-land. Reglene skaper større forutsigbarhet for pasientene, samtidig som norske myndigheter har vært opptatt av at det enkelte land må kunne opprettholde en sterk offentlig og desentralisert helsetjeneste. Den nye refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land, som er innført i Norge, ivaretar langt på vei direktivets regler om refusjon. Refusjonsordningen omfatter imidlertid ikke refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Direktivet åpner for at det kan stilles vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling for å sikre tilstrekkelig og vedvarende adgang til et balansert tilbud av behandling av høy kvalitet, eller for å styre omkostningene og unngå unødig ressursbruk. Det utredes hvilke konsekvenser en ev. gjennomføring av direktivet vil ha for Norge.

Norge er forpliktet til å gjennomføre regler om produksjon, markedsføring og standarder for legemidler og næringsmidler. Videre vil Norge gjennomføre direktivet om kvalitets- og sikkerhetsstandarder for menneskelige organer til transplantasjon (organdirektivet).

EUs nye forordning om matinformasjon innfører krav om obligatorisk merking av næringsinnhold for matvarer til forbruker. Det nye regelverket vil bli innlemmet i EØS-avtalen og gjennomført i norsk rett. Norge vil arbeide for å påvirke hvilke påstander om ernærings- og helseeffekter som kan knyttes til mat, i henhold til det EØS-baserte påstandsregelverket.

Det arbeides med å innlemme i EØS-avtalen 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 i EUs tredje generasjon av helseprogram (2008–2013), jf. St.prp. nr. 36 (2007–2008) om programdeltakelsen og Innst. S. nr. 217 (2007–2008). Norge er representert i programkomiteen og gruppen av nasjonale kontaktpunkt. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter.

Norske myndigheter deltar i Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA) og EU-byrået for godkjenning av legemidler, European Medicines Agency (EMA). Norge er medlem i EUs narkotikaovervåkingscenter, The Euro-

pean 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. EFTA-landene deltar i EUs narkotikaprogram Drug Prevention and Information (2007–2013). Programmet støtter prosjekter som kan bidra til å forebygge og redusere avhengighet og skadevirkninger ved bruk av narkotiske stoffer.

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 om bruk av nbc-midler. Videre deltar Norge i EUs senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) i Stockholm. ECDC er bl.a. ansvarlig for smittevernovervåking, varsling og vitenskapelig basert rådgivning om håndtering av sykdomsutbrudd. Senteret har så langt vist seg svært verdifullt for bl.a. norsk pandemiberedskap.

Fellesprogrammer, Joint Programming Initiatives (JPI), er en ny samarbeidsarena om forskning for å møte felles samfunnsmessige utfordringer. JPI er medlemslandenes initiativ og Kommisjonen skal støtte opp under arbeidet ut fra sitt mandat og kompetanse. I samarbeid mellom medlemslandene og Kommisjonen er det etablert en egen høynivå-komite (GPC). Komiteens hovedoppgave er å identifisere store samfunnsmessige utfordringer innen helse, mattrygghet og klima der JPI-ene kunne spille en vital rolle i å skaffe kunnskapsgrunnlag for å møte disse utfordringene. Kjernen i samarbeidet er å koordinere nasjonale forskningsprogram og EUs rammeprogram mot disse målene. Fra norsk side er det besluttet å oppnevne delegater til styrene for samtlige ti vedtatte JPI-er.

Norge deltar i oppfølging av EUs hvitbok om kosthold og fysisk aktivitet, bl.a. gjennom deltakelse i High Level Group on Nutrition and Physical Activity. Norge deltar også i relevante fora for oppfølging av EUs alkoholspolitiske strategi.

Norge deltar i EFTA og Kommisjonens arbeidsgrupper på helse- og mattrygghetsområdet.

Ny avtale om videreføring av EØS-finansieringsordninger for perioden 2009–2014 ble formelt undertegnet i 2010. Norge har gjennom avtalen forpliktet seg til å bidra med nær 15 mrd. kroner i 2009–2014. Midlene skal støtte programmer og prosjekter innen en rekke sektorer, bl.a. helsesektoren.

Europarådet

Mål for 2013 er å delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser.

Helsearbeidet under Europarådet er på flere områder et supplement til arbeidet som foregår i EU. I forbindelse med omorganiseringen av komitestrukturen i Europarådet ble Helsekomiteen lagt ned i 2012. Europarådets arbeid med helserelevante saker vil bli ivaretatt i komiteen for sosial samhörighet og i øvrige komiteer. I tillegg er Norge representert i komiteen for bioetikk. Videre bidrar Norge 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. Norge deltar i den europeiske farmakopeen og i Pompidougruppen, som er Europarådets tverrfaglige samarbeidsgruppe for narkotikaspørsmål på ministernivå.

Nordisk Ministerråd

Mål for 2013 er å styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd.

En hovedprioritering for det nordiske arbeidet vil være å ivareta samarbeidet under Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk og Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk. Prioriterte områder er kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, aktiv aldring, IKT og velferdsteknologi, folkehelse med bl.a. sunt kosthold og aktiv livsstil, samarbeid om kliniske multi-senterstudier, høyspesialisert behandling og gjensidig informasjonsutveksling om helsepersonell som har fått alvorlige reaksjoner i forhold til yrkesutøvelse.

Det nordiske helse- og mattrygghets samarbeidet er en arena for samarbeid mellom naboland, bl.a. om helsetjenester, mattrygghet, beredskap og krisehåndtering. De nordiske landene arbeider for å løse grensehinderproblemer mellom landene. Den nordiske arenaen er også en plattform for samarbeidet inn mot EU og nordens nærområder, FN/WHO, Europarådet og OECD.

Den nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet

Mål for 2013 er å ivareta norsk formannskap i Barents helse- og sosialsamarbeid, implementere Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram og

videreføre det bilaterale norsk-russiske helsesamarbeidet.

Norge spiller en aktiv rolle i det regionale helsesamarbeidet i nordområdene. Samarbeidet foregår først og fremst gjennom Den nordlige dimensjons partnerskap for helse og livskvalitet (NDPHS) og Barents helse og sosialsamarbeidsprogram. NDPHS arbeider for å bedre helsesituasjonen i regionen ved å bekjempe smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og fremme en sunn livsstil. Barentssamarbeidet legger særlig vekt på hiv/aids og tuberkulose, men også ikke-smittsomme sykdommer.

Norge har en bilateral helseavtale med Russland fra 1994, som følges opp gjennom et norsk-russisk helsesamarbeidsprogram for perioden 2009–2013. Programmet omfatter bl.a. organisering av helsetjenesten, folkehelse, forebygging av infeksjonssykdommer og skadelig bruk av alkohol. Det tas sikte på å undertegne et nytt samarbeidsprogram i løpet av 2013.

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter, på vegne av Utenriksdepartementet, en tilskuddsordning til samarbeidsprosjekter under Barents helsesamarbeid og NDPHS.

Andre internasjonale organisasjoner og avtaler

Mål for 2013 er å ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og frihandelsavtaler.

Globalt er Norge gjennom Verdens handelsorganisasjon (WTO) forpliktet på flere områder som angår helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester. Norge deltar i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og økonomisk utvikling (OECD) på helse- og mattrygghetsområdet.

Norge har et bilateralt helsesamarbeid med Kina. En prioritert oppgave i 2013 vil være å arbeide for en snarlig undertegning av en ny handlingsplan under Kina-samarbeidet. Et viktig element i samarbeidet med Kina vil være utvikling av helsesystemer, særlig primærhelse, pleie og omsorgstjenester. Andre sentrale områder er IKT og forebyggende folkehelsearbeid.

Norge er partner og bidragsyter til European Observatory on Health Systems and Policies sammen med Sverige, Finland, Spania og Hellas, WHO's Europakontor, Verdensbanken, The European Investment Bank, Open Society Institute, London School of Economics samt London School of Hygiene & Tropical Medicine. Formålet er, gjennom sammenliknende studier, å gjøre kunnskap og erfaringer fra ulike helsesystemer tilgjengelig som grunnlag for politikkutforming.

Departementet samarbeider med Utenriksdepartementet i initiativet Utenrikspolitik og global helse. Initiativet drives av sju land og søker å løfte fram at landenes mulighet til å sikre folkehelse først og fremst er avhengig av en mer helhetlig og samstemt politikk som tar hensyn til folkehelse innenfor forskjellige politikkområder, og i internasjonale forhandlinger og prosesser.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker kontingenter til programmer og deltakelse i byråer under EØS-avtalen og kostnader til fire nasjonale ekspertstillinger i Europakommisjonen. Norge deltar i programmer og byråer i EU under EØS-avtalen. Størrelsen på

kontingentene til disse programmene og byråene fastsettes av EU og varierer fra år til år.

Bevilgningen dekker videre kontingent til Europarådet og bidrag til European Observatory om Health Systems and Policies.

Det foreslås 2,6 mill. kroner mindre enn i saldert budsjett for 2012, jf. tilsvarende under kap. 3703, post 03.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til utdanning ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap for kandidater fra Norge.

Tilskudd til helse- og sosialprosjekter i Nordvest-Russland budsjetteres over Utenriksdepartementets kap. 118, post 70.

Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2013
		2011	Saldert budsjett 2012	
03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	2 500	2 619	0
	Sum kap. 3703	2 500	2 619	0

Post 03 Refusjon fra Utenriksdepartementet

Det foreslås ingen bevilgning, jf. også kap. 703, post 21. Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere mottatt kontantoverføring fra Utenriksdepartementet til dekning av driftsutgifter til forvaltning av tilskudd til samarbeidsprosjekter med

Nordvest-Russland, Partnerskap under Den nordlige dimensjon og Barentssamarbeidet. I 2012 har Utenriksdepartementet gitt Helse- og omsorgsdepartementet fullmakt til å belaste kap. 118, post 01. Fullmakten erstatter kontantoverføringen, og bevilgningene foreslås endret som følge av dette, jf. Prop. 111 S (2011–2012).

Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	1 206 904	1 123 299	1 204 454	7,2
711	Ernæring og mattrygghet	49 473	50 501	52 340	3,6
712	Bioteknologinemnda	8 379	8 452	8 720	3,2
715	Statens strålevern	103 429	117 529	121 394	3,3
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	41 085	38 573	41 875	8,6
718	Rusmiddelforebygging	214 492	214 483	217 726	1,5
719	Annet folkehelsearbeid	145 239	144 571	144 237	-0,2
	Sum kategori 10.10	1 769 001	1 697 408	1 790 746	5,5

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 514 474	1 480 144	1 564 913	5,7
30–49	Nybygg, anlegg mv.	32 923	18 003	18 417	2,3
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen	34 674	21 139	22 416	6,0
70–89	Andre overføringer	186 930	178 122	185 000	3,9
	Sum kategori 10.10	1 769 001	1 697 408	1 790 746	5,5

De overordnede målene for folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og reduserte sosiale helseforskjeller, jf. Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015, Innst. 422 S (2010–2011), og St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Innst. S. nr. 20 (2006–2007).

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

og innsats for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Helsesektoren har bl.a. ansvar for:

- forebyggende arbeid forankret i helsetjenesten, inkludert smittevern, helseopplysning og forebyggende helsetjenester
- å ha oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og faktorer som påvirker denne
- å utvikle kunnskap om årsakssammenhenger, og utvikle metoder og sektorovergrepene verktøy

- å gi faglige råd om tiltak og bidra til at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helse

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) går det fram at regjeringen vil styrke folkehelsearbeidet. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid i tråd med samhandlingsreformen. I statsbudsjettet for 2012 er det overført om lag 5,6 mrd. kroner til kommunenes rammetilskudd som følge av samhandlingsreformen. Økonomi, sammen med ny lov om folkehelsearbeid, vil gi bedre rammer for lokalt og regionalt folkehelsearbeid.

Folkehelsearbeidet skal være langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert. Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter skal i henhold til folkehelseoven vurdere konsekvenser for befolkningens helse i sin virksomhet, etter prinsippet om «helse i alt vi gjør». Regjeringen vil følge opp dette på nasjonalt nivå. I 2013 skal det legges fram en tverrdepartemental folkehelsestrategi. Strategien vil ha to hovedmålsettinger:

- bidra til at statlige myndigheter (departementer, direktorater mv.) ivaretar sitt ansvar etter folkehelseoven

- peke ut noen strategiske tverrsektorielle innsatsområder som det skal arbeides særskilt med å utvikle i strategiperioden

Strategien skal bl.a. tydeliggjøre befolkningens helse som et sektorovergripende mål, herunder fastsette folkehelsemål og sikre at den framtidige politikktutviklingen fremmer vilkår for helse i samsvar med målene.

Programkategorien omfatter bevilgninger til virksomhetene Nasjonalt folkehelseinstitutt, Vitenskapskomiteen for mattrygghet, Bioteknologinemnda, Statens strålevern, Statens institutt for rusmiddelforskning og statens overskuddsandel og utbytte fra AS Vinmonopolet. Programkategorien omfatter videre bevilgninger til nasjonalt og lokalt folkehelsearbeid, herunder oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, folkehelseoven og Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Kategorien omfatter spesielle driftsutgifter og tilskudd til bl.a. miljø og helse, fysisk aktivitet, kosthold og ernæring, tobakksforebygging og rusmiddelforebyggende arbeid. Kategorien dekker videre hiv-forebygging og annet smittevernarbeid, arbeid for mattrygghet og trygt drikkevann.

Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	596 781	569 200	606 396
21	Spesielle driftsutgifter	577 200	536 096	579 641
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	32 923	18 003	18 417
	Sum kap. 0710	1 206 904	1 123 299	1 204 454

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås budsjettet videreført på samme reelle nivå som saldert budsjett 2012. Forslag om flytting av bevilgning mellom kapittel og post er omtalt under aktuell post.

Nasjonalt folkehelseinstitutt er landets fagmyndighet på områdene smittevern, miljømedisin, epidemiologi, psykisk helse, rettsmedisin og rusmiddelforskning. På disse områdene gir instituttet råd og bistand til myndigheter, helsetjeneste, rettsapparat, påtalemyndighet, politikere, media og publikum. Instituttet skal drive helseo-

vervåking for å følge befolkningens helsetilstand, drive forskning og gi vitenskapelig baserte råd og formidle kunnskap om hva samfunnet kan gjøre for å skape gode og sunne levekår. Videre er det instituttets oppgave å sikre Norge nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Instituttet skal gi god rettsmedisinsk støtte til påtalemyndighet, politi og domsstoler i forbindelse med straffesaker og tilsvarende saker med krav til høy rettsikkerhet. Instituttet skal også ivareta norske interesser og forpliktelser internasjonalt samt bistå departementet i dette arbeidet.

Oversikt over befolkningens helse

Oversikt over utviklingen i helsesituasjonen er nødvendig for å kunne drive et effektivt folkehelsearbeid. Instituttet vil videreføre arbeidet i Nasjonalt helseregisterprosjekt med å forbedre de eksisterende helseregistrene, styrke personvernet og etablere nye former for datainnhenting for å få et raskere oppdatert og mer komplett bilde av helsesituasjonen.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet nedsatte instituttet våren 2010 en ekspertgruppe på området svake høyfrekvente elektromagnetiske felt og helse. Ekspertgruppen ble bredt sammensatt med kompetanse innen fagområdene miljø- og arbeidsmedisin, epidemiologi, biologi, fysikk, filosofi, målemedisin mv. Foreningen for el-overfølsomme (FELO) har vært observatør i gruppen. Ekspertgruppens mandat var å oppsummere kunnskap om mulige helseeffekter av eksponering for svake høyfrekvente felt og gjennomføre en kunnskapsoppsummering av forvaltningspraksis i Norge og land det er naturlig at Norge sammenlikner seg med. Gjennomgangen skulle også omfatte en vurdering av grenseverdier og begrunnelser for disse der det finnes, samt en vurdering av hvordan foreliggende risiko i tilknytning til eksponering av elektromagnetiske felt bør forvaltes i Norge. Rapporten er nå ferdigstilt og overlevert departementene, som vil sørge for at oppfølgingen av rapporten får en bred forankring i aktuelle departementer og etater.

Instituttet følger opp nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner og antibiotikaresistens i helsetjenesten, og arbeider for å etablere et nasjonalt overvåkingssystem for virusresistens med tilsvarende oppgaver som overvåkingssystemet for resistens hos bakterier (Norm). Forekomsten av multiresistente stafylokokker øker fortsatt. Internasjonalt er resistens mot antibiotika et betydelig helseproblem. Kontinuerlig overvåking av postoperative sårinfeksjoner inkluderes i Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (Nois) fra september 2012, og Nois-registerforskriften er utvidet til å inkludere sykehjem.

Det eksisterer i dag ikke gode nok oversikter over befolkningens psykiske helse. For å få bedre oversikter vil instituttet samarbeide med Statistisk sentralbyrå om å bedre kvaliteten på psykiske helsedata i levekårsundersøkelsene.

Instituttet har satt i gang et arbeid med å etablere en human miljøprøvebank som skal gi økt kunnskap om befolkningens totale eksponering for fremmedstoffer i miljøet. I 2013 skal det pre-

senteres et system for innsamling og lagring av humane prøver.

Forskning

Instituttet har en omfattende forskningsvirksomhet på hele folkehelsefeltet og samarbeider med forskningsmiljøer både innenlands og utenlands. Instituttet er rangert på førsteplass i Norge når det gjelder hvor interessant og viktig forskningen er for andre forskere. Internasjonalt ble instituttet rangert som fjerde best blant verdens folkehelseinstitutter. Instituttet kommer også godt ut i forskningsevalueringen til Norges forskningsråd.

Norges forskningsråd legger nå særlig til rette for forskning knyttet til 22. juli gjennom deres pågående programmer. Dette vil også gi grunnlag for at instituttet og andre miljøer vil kunne øke sin kunnskap på feltet.

Instituttet har satt i verk tiltak for å styrke forskningen på diabetes, hjerte- og karsykdommer, Alzheimers sykdom, smertelidelser, utviklingsforstyrrelser, angst og depresjon. Eldres helse, metoder for vurdering av opphopning av ikke-smittsomme sykdomstilfeller og sykdomsbyrdeanalyser er nye satsingsområder. Ved å dokumentere hvor stor belastning de ulike lidelsene utgjør for pasientene, pårørende og samfunnet, kan instituttet gi råd om politiske prioriteringer og avdekke hvilke risikofaktorer som har størst betydning for helsen.

Beredskap

I henhold til folkehelseloven har instituttet et ansvar for kjemikalieberedskap. Instituttet arbeider med å bygge ut nettverket av sentrale og lokale aktører for å fange opp og vurdere helsefare ved miljøhendelser.

Tidligere Rettsmedisinsk institutt ble innlemmet i Folkehelseinstituttet i 2011. Instituttet har i etterkant fått en beredskapsoppgave i regi av Kripos knyttet til identifiseringsarbeidet ved hendelser med mange drepte.

Råd og tjenester

Folkehelseloven gir kommunene og fylkeskommunene et tydeligere ansvar i folkehelsearbeidet, og den pålegger statlige helsemyndigheter å støtte opp under kommunesektorens folkehelsearbeid med kunnskap. Nasjonalt folkehelseinstitutt har utarbeidet et sett med nøkkeldata for kommunene, gjort tilgjengelig en statistikkbank og oversendt folkehelseprofiler til kommunene og

fylkeskommunene. Instituttet skal videreutvikle folkehelseprofilene til å omfatte flere indikatorer bl.a. på alkohol. Det er også aktuelt å utvikle profilene til også å omfatte bydeler. Gjennom folkehelseprofilene ønsker instituttet å styrke kommunesektorens evne til å forebygge sykdom og skade, både på det fysiske og psykiske området.

Målet med sammenslåingen av tidligere Rettsmedisinsk institutt og instituttet har vært å samle rettsmedisinske miljøer for å styrke kvaliteten på de rettsmedisinske tjenestene. Saksbehandlingstiden for DNA-sporsaker fra Kripos er i 2011 redusert fra 98 til 34 dager. Det er et mål at saksbehandlingstiden skal reduseres ytterligere i 2013.

Smittevernloven gir instituttet i oppgave å sikre Norge nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Instituttet gir myndighetene råd om hvilke vaksiner som bør tas inn i barnevaksineprogrammet. Dekningsgraden i barnevaksineprogrammet ligger stabilt rundt 94 pst. for to-åringer, og brukerundersøkelser viser at foreldre er positive til vaksiner. Vaksinasjonsdekningen for jenter i sjuende klasse som er vaksinert mot HPV, nærmer seg 80 pst. Instituttet har etablert tjenesten Mine Vaksiner på Helsenorge.no. Det er et mål å utvide publikumstjenestene på Helsenorge.no til også å omfatte andre registerdata slik at hver og en kan hente ut informasjon om seg selv som er lagret i helseregistrene.

Metode for bruk av spyttprøver til registrering av rusmiddelbruk er etablert og prøves ut i samarbeid med fengselsvesenet. Metoden vil kunne effektivisere innsamling av prøver og forenkle kontrollorganenes arbeid. Instituttet samler også inn et stort antall prøver fra norske arbeidstakere for å analysere utbredelsen av bruk av rusmidler i arbeidslivet. Det tas sikte på å presentere funnene fra undersøkelsen i 2013.

Endringene i vegtrafikkloven som medfører at det innføres faste konsentrasjonsgrenser for en del narkotiske stoffer og medikamenter med rusvirkning, trådte i kraft 1. februar 2012. Instituttet har etablert analysekapasitet for å følge opp loven. Norge innførte da som første land i verden et system med faste konsentrasjonsgrenser for andre stoffer enn alkohol. Instituttets oversikt over hvilke rusmidler som påvises hos bilførere, viser at det er et lite antall ruspåvirkete sjåførere som er innblandet i en stor andel av ulykker med personskader og dødsfall.

Instituttet har de senere årene bygget opp sitt internasjonale engasjement og samarbeider bl.a. med Norad om prosjekter knyttet til forebygging av sykdom i lav og mellominntektsland. Instituttet deltar bl.a. i et større prosjekt knyttet til luftforurensning i New Dehli og i arbeidet med å bygge opp et folkehelseinstitutt i Palestina.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 0,7 mill. kroner fra kap. 260, post 50, knyttet til flytting av Rettsmedisinsk institutt fra Universitetet i Oslo, jf. Prop. 74 S (2010–2011) og Innst. 320 S (2010–2011)
- 13,4 mill. kroner fra kap. 710, post 21, knyttet til rettsgenetiske tjenester
- 0,5 mill. kroner fra kap. 718, post 21, knyttet til rapportering av narkotikarelaterte dødsfall
- 3,5 mill. kroner fra kap. 719, post 21, knyttet til systemene for å overvåke smittsomme sykdommer (MSIS), helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikaresistens (Nois) og virusresistens (Ravn)

Bevilgningen dekker driftsutgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 13,4 mill. kroner til kap. 710, post 01, knyttet til rettsgenetiske tjenester

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter, bl.a. kjøp av vaksiner, mor og barn-prosjekt, medisinsk fødselsregister, ADHD-prosjekt og forsøksdyr.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider.

Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
02	Diverse inntekter	288 578	185 895	192 030
03	Vaksinesalg	113 157	99 300	99 300
15–18	Refusjon lønnsutgifter	401 735		
	Sum kap. 3710	415 714	285 195	291 330

Bevilgningen er bl.a. knyttet til inntekter fra laboratorievirksomhet, sakkyndige uttalelser og obduksjoner, vaksinerdistribusjon, datautlevering, rapporter og offshorevirksomhet.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen er bl.a. knyttet til inntekter fra konsulentoppdrag, laboratorieprøver, sakkyndige uttalelser, salg av forsøksdyr mv.

Post 03 Vaksinesalg

Bevilgningen er bl.a. knyttet til forsyning av vaksine til kommunene mot sesonginfluensa og sykdom forårsaket av pneumokokksinfeksjon, vaksiner som dekkes av folketrygden etter blåreseptforskriften § 4, vaksiner mot sjeldne sykdommer samt reisevaksine.

Kap. 711 Ernæring og mattrygghet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	19 769	19 637	20 458
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	10 870	11 446	11 824
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	1 009	1 040	1 074
74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	17 825	18 378	18 984
	Sum kap. 0711	49 473	50 501	52 340

Kapittelet omhandler ernæring, mattrygghet, drikkevann og kosmetikk. Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2012.

Bevilgningen omfatter Vitenskapskomiteen for mattrygghet, oppfølging av Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011), abonnementsordningen Skolefrukt og tilskudd til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen. Bevilgningen omfatter også spesielle driftsutgifter til arbeid med mattrygghet og drikkevann, herunder kontingenten til WHO/UNECEs protokoll for vann og helse. Det foreslås bevilgning til ernæringsarbeid

også under under kap. 719 Annet folkehelsearbeid.

Hovedomtalen av Helse- og omsorgsdepartementets ansvar for områder regulert av matloven, herunder drikkevann, og kosmetikkloven er omtalt i forbindelse med Mattilsynets bevilgning programkategori 15.10 og kap. 1115 i Prop. 1 S (2012–2013) for Landbruks- og matdepartementet.

Kosthold og ernæring

WHO anslår at kostholdet påvirker fire av de seks viktigste risikofaktorene for død i Europa. Disse

er høyt blodtrykk, høye blodlipider, overvekt og lavt inntak av frukt, bær og grønnsaker. Innsats for å endre kostholdet vil derfor kunne ha stor effekt på folkehelsen.

Målsettinger i kostholdsarbeidet er å bedre befolkningens kosthold i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger og redusere sosiale forskjeller i kosthold.

Hovedføringer for ernæringsarbeidet de siste årene har vært forankret i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) som tolv departementer står bak. En ekspertgruppe fra WHO har i 2012 foretatt en gjennomgang av kostholdsarbeidet i Norge med vekt på handlingsplanen og anbefalt strategier og tiltak for videre arbeid. Helsedirektoratet utarbeider en sluttrapport om hva som er oppnådd i handlingsplanperioden. Disse rapportene vil utgjøre viktige innspill til videre arbeid med kosthold og ernæring, sammen med oppfølging av Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015.

Overvåking og dokumentasjon

De største utfordringene framover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk, samt å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker.

I 2013 skal det settes i gang samfunnsøkonomiske beregninger av effektene av forebyggende tiltak på kostholdsområdet. Det planlegges å gjennomføre en landsomfattende kostholdsundersøkelse blant barn og unge i 2013–2014. Videre skal det i 2013 arbeides med å etablere nasjonal amnestatistikk.

Helsedirektoratet og Mattilsynet samarbeider om et felles system for mat- og kostholdsovervåking. Dataene brukes til utforming og evaluering av ernæringspolitikken, i folkehelsestatistikk og i risikovurderinger i regi av Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Den nasjonale kostholdsundersøkelsen blant voksne 18–70 år, som ble gjennomført i 2010–2011, viste bl.a. at inntaket av mettet fett var høyere enn anbefalt. De viktigste kildene til mettet fett var kjøtt og kjøttprodukter, ost og smør/margarin. Gjennomsnittlig inntak av vitaminer og mineraler var stort sett i samsvar med anbefalingene, med unntak av inntak av vitamin D og folat som var lavere enn anbefalt hos begge kjønn.

34 pst. av menn og 41 pst. av kvinner hadde et inntak av frukt i tråd med anbefalingene. Tilsvarende tall for grønnsaker var 15 pst. for menn og 13 pst. for kvinner. Undersøkelsen viste enkelte sosiale ulikheter i valg av matvarer og inntak av

næringsstoffer. Dette gjaldt bl.a. annet inntak av brus og saft, der det var høyere inntak blant de med kortest utdanning. De med lengre utdanning hadde høyere inntak av bl.a. kornvarer, grønnsaker, frukt og bær.

Som del av Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet (2006) ble det i 2011 gjennomført en første fellesnordisk kartlegging av kosthold, fysisk aktivitet og overvekt hos barn og voksne. Kartleggingen gir grunnlag for å følge utviklingen i de nordiske land over tid.

Et sunt marked

Tilgjengelighet og pris er viktige virkemidler for å utjevne sosiale forskjeller i kosthold.

Merkeordningen Nøkkelhullet ble lansert i 2009. Et konstruktivt samarbeid med matvarebransjen har vært avgjørende for å få til gode resultater med implementering av ordningen. Helsedirektoratet og Mattilsynet følger løpende opp ordningen med informasjons-, tilsyns- og utviklingsarbeid.

Markedsundersøkelser viser at Nøkkelhullet er det mest kjente og brukte merket i dagligvarehandelen. I januar 2012 har 98 pst. hørt om merket, 60 pst. har tillit til merket og vet at myndighetene står bak og halvparten sier det gir hjelp til sunnere valg. Markedsdata viser en økning fra 550 merkede produkter i handelen, utenom frukt og grønt, i 2010 til om lag 1550 i 2011. Nordisk samarbeid om forslag til revisjon av kriteriene for nøkkelhullsmerking ferdigstilles i 2013. Kriterier for salt er sentralt i revisjonen. Arbeidet med å vurdere grunnlaget for en mulig utvidelse av nøkkelhullsmerkingen til kiosker, bensinstasjoner og serveringssteder fortsetter.

Det arbeides med å vurdere ytterligere økonomiske virkemidler for å fremme et sunnere kosthold. Det er bl.a. vurdert en ny særavgift på tilsatt sukker/kunstig søtstoff i mat og drikkevarer, evt. en utvidelse av gjeldende sjokolade- og sukkervareavgift til å omfatte flere energirike og næringsfattige produkter enn i dag. Det foreslås ingen større endringer i avgiftsregelverket for 2013. Toll- og avgiftsdirektoratet vil imidlertid bli bedt om å vurdere enkelte justeringer i avgrensningene av sjokolade- og sukkervareavgiften og sende forslag om endringer i særavgiftsforskriften på alminnelig høring. Regjeringen foreslår videre å øke avgiften på alkoholfrie drikkevarer med 16 øre per liter utover prisjustering for ferdigvarer, opp til nivået for øl klasse b (lettøl). Finansdepartementet vil i samråd med Helse- og omsorgsde-

partementet fortsette arbeidet med å vurdere økonomiske virkemidler for å fremme et sunnere kosthold. Det vises for øvrig til Prop. 1 S (2012–2013) for Finansdepartementet.

Begrensning av befolkningens saltinntak er i følge WHO blant de mest kostnadseffektive tiltakene i folkehelsearbeidet. Høyt saltinntak øker risikoen for høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdommer. Amerikanske beregninger viser at en reduksjon i saltinntaket med 3 gram per dag vil kunne minske antall nye tilfeller av hjerte- og karsykdommer med om lag 10 pst. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide og gjennomføre en tiltaksplan for å redusere saltinntaket i befolkningen, på grunnlag av en anbefaling fra Nasjonalt råd for ernæring.

Nye nasjonale kostråd

Helsedirektoratet ga i 2011 ut nye matvarebaserte kostråd, og implementering av kostrådene blir prioritert. I en tid med mange ulike kostholdsråd i media, er det avgjørende med kontinuerlig og tydelig kommunikasjonsarbeid fra myndighetenes side. Derfor er det viktig at dette arbeidet prioriteres. Kommunikasjonsarbeidet om kostrådene ses i sammenheng med Nøkkelhullet.

Tiltak overfor barn og unge

Som resultat av fylkesvis kursvirksomhet har 20 kommuner/bydeler fått godkjenning som ammekyndig helsestasjon per desember 2011, og 105 kommuner er i prosess for godkjenning. Nasjonalt kompetansesenter for amming har godkjennings- og oppfølgingsansvar.

En bredt sammensatt arbeidsgruppe har startet revisjon av anbefalinger for spedbarnsernæring som skal ende opp i nasjonale faglige retningslinjer for spedbarnsernæring i 2012.

Norge har vært pådriver for WHO's anbefalinger for markedsføring av mat og alkoholfrie drikkevarer som ble vedtatt på Verdens helseforsamling i mai 2010. Anbefalingene gir medlemslandene grunnlag for å utforme ny eller styrke eksisterende politikk på området. Som oppfølging av Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 har Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet utredet behov for å innføre lov- og forskriftsregulering av markedsføring rettet mot barn og unge av usunn mat og drikke. Dette har ført til at et utkast til forskrift

som regulerer slik markedsføring har vært på høring i 2012. Norge leder også et europeisk nettverk som arbeider for å redusere markedsføring rettet mot barn og unge av usunn mat og drikke.

En kartlegging av måltider, fysisk aktivitet og miljørettet helsevern i barnehager i 2011 viste at det er forbedringer i mattilbudet og bedre kjennskap til helsemyndighetenes anbefalinger om mat og måltid sammenliknet med tilsvarende undersøkelse i 2005. Det er imidlertid fortsatt utfordringer. Særlig bør tilbudet av grønnsaker økes. Resultatene peker i retning av at kompetanse, kjennskap til nasjonale retningslinjer, bruk av mat og måltider som pedagogisk virkemiddel, samt forankring av arbeidet med mat og måltider i den enkelte barnehage kan bidra til et sunnere mattilbud i barnehagen.

I satsingen Fiskesprell samarbeider fiskeri- og helsemyndighetene og Norges sjømatråd om kompetansehevingstiltak i barnehage, skole og skolefritidsordning. Formålet er å stimulere til økt sjømatkonsum i barnehager og skoler. Tiltaket er evaluert i 2012 og videreføres i 2013. Midler tildeles fylkene etter søknad. Det vises til nærmere omtale i Prop. 1 S (2012–2013) fra Fiskeri- og kystdepartementet.

Kokebok for alle ble revidert i tråd med nye kostråd i 2011 og tilbys gratis til alle ungdomsskoleelever samt til høyskolestudenter i faget Mat og helse.

Flere fylker satser på helsefremmende barnehager og skoler der bl.a. gode mat- og måltidsvaner vektlegges.

Ernæringsarbeid i kommunene

Det skal utvikles en veileder i lokalt ernæringsarbeid til støtte for kommunens arbeid. Det generelle ernæringsarbeidet skal forankres i kommunalt planarbeid for å styrke arbeid med mat og måltid i bl.a. barnehager, skoler og i helse- og velferdstjenesten.

Faget mat og helse lider av mangel på lærere med kompetanse og mangel på læremidler, og er eksempel på et område som bør kunne synliggjøres i kommunens planer der det er en utfordring. Helsedirektoratet har støttet utprøving av modeller for organisering av ernæringsarbeid i kommunene. Utprøvingen viser at tilgang til kompetanse i ernæring er en forutsetning for å drive, understøtte og kvalitetssikre kommunalt ernæringsarbeid.

Kursopplegget Bra mat tilbys gjennom frisklivssentralene, jf. kap. 762, post 60.

Ernæring i helsetjenesten

Det er en utfordring at det er mangel på ernæringskompetanse i helsetjenesten i kommunene. Helsedirektoratet skal følge opp dette, bl.a med bakgrunn i utredninger fra 2009 og 2010. Se også omtale under kap. 719, kap. 732, kap. 761, post 21 og kap. 762, post 60.

Kosthåndboken, veileder i ernæringsarbeid, er ferdigstilt i 2012 og vil være et viktig verktøy i helse- og omsorgstjenesten.

Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd beskriver behov for og tiltak for bedre ernæringskompetanse.

Tiltak i arbeidslivet mv.

Helsedirektoratet skal etablere et samarbeid med relevante aktører for å få til sunnere tilbud i kiosker og kantiner i offentlige instanser, i tråd med tiltak i Nasjonal helse- og omsorgsplan. Dette skal ses i sammenheng med tiltak i hurtigmatmarkedet når det er hensiktsmessig.

Mattrygghet og forbrukerhensyn

Det faglige ansvaret for matloven og 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 (2012–2013) for Landbruks- og matdepartementet.

Norge har en gunstig situasjon sammenliknet med andre land når det gjelder matbårne sykdommer. Dette skyldes bl.a. at forekomsten av smittestoffer i mat, innsatsvarer og hos husdyr er lav. En stor del av de meldepliktige tilfellene av matbårne sykdommer skyldes smitte i utlandet. Det er imidlertid grunn til å anta at ikke-meldepliktige sykdommer som blir overført gjennom mat og særlig drikkevann, fører til mange sykedager i befolkningen.

Oversikter fra Matallergiregisteret viser at alvorlige allergiske reaksjoner hos voksne på mat oftest skyldes nøtter, mens egg og melk er den vanligste årsaken hos barn.

Det kreves kontinuerlig innsats fra virksomhetene og fra Mattilsynet for å sikre god hygiene i hele matproduksjonskjeden. Det er viktig at tiltakene og tilsynsaktivitetene settes inn på de stedene i matproduksjonskjeden der effektene er størst.

Resultater fra pilotprosjektet med en smilefjesordning i omsetningsleddene og serveringsnæringen i Trøndelag og Møre og Romsdal viser at ordningen fører til bedre etterlevelse av regelverket og

er godt mottatt av forbrukerne. Helse- og omsorgsdepartementet og Mattilsynet vil i samarbeid beslutte hvordan disse erfaringene kan benyttes i det framtidige tilsynet med serveringsbransjen.

Statistikk fra Vannverksregisteret (VREG) viser at fornyelsestakten på det kommunale vannledningsnettet er betydelig lavere enn den bør være for å unngå et forfall i ledningsnettet. Dette medfører flere lekkasjepunkter hvor det kan skje innsug av forurenset vann som kan medføre helsefare.

Tilsyn har avdekket til dels store mangler ved drikkevannsforsyningen, og Mattilsynet og Folkehelseinstituttet er kritiske til tilstanden på området. Mattilsynet vil derfor fortsatt ha særlig oppmerksomhet på tilsyn med drikkevann og ledningsnett. Strengt virkemidler vil bli brukt overfor vannverk som ikke oppfyller regelverkets krav. For å oppnå resultater er det i mange tilfeller behov for betydelige investeringer fra vannverkseiere for utbedring av infrastrukturen. Hovedandelen av vannverkene er kommunalt eid.

Norge ble i november 2010 valgt til å lede byrået for WHO/UNECEs protokoll om vann og helse for en tre-årsperiode. Se også kap. 703. Regjeringen arbeider mot å fastsette nasjonale mål for tiltak på vannområdet, noe som vil være en del av den norske gjennomføringen av protokollen. Mattilsynet koordinerer og leder utviklingen av slike mål.

EU har vedtatt en ny forordning om matinformasjon som oppdaterer og videreutvikler de gjeldende generelle kravene til merking av mat. Arbeidet med å gjennomføre forordningen i Norge er i gang. Når det nye regelverket trer i kraft, vil industrien bli pålagt å gi forbrukerne mer omfattende informasjon om matens innhold og opprinnelse. Bl.a. blir det krav om obligatorisk næringsdeklarasjon og om nærmere angivelse av opprinnelse for visse matvarer.

I Innst. 11 S (2009–2010) ba Stortinget Helse- og omsorgsdepartementet om å ta initiativ til en opprydning og gjennomgang av reglene for matmerking. Statens institutt for forbruksforskning offentliggjorde i mars 2011 en rapport etter oppdrag fra departementet. Det arbeides med å følge opp denne saken i samarbeid med Barne-, likestillings- inkluderingsdepartementet, herunder vurderes det hvordan ulike forbrukerinformasjonssider på internett kan brukes for å gi informasjon om ulike merker og merkeordninger.

Aktiv norsk deltakelse i utviklingen og gjennomføringen av nytt regelverk i EU fortsetter, jf. kap. 703 Internasjonalt samarbeid. Mattilsynet og de tre departementene med fagansvar på matområdet følger dette arbeidet tett.

Arbeidet i Codex Alimentarius kommisjonen under FAO/WHO følges nøye. Organisasjonen lager internasjonale standarder på matområdet, og legger dermed premisser for regelverk og handel med mat. Norge deltar også i den internasjonale vinorganisasjonen, som lager internasjonale standarder på vinområdet.

Kosmetikk

Mattilsynet har ansvar for regelverk for kosmetikk og kroppsspleieprodukter, og skal føre aktivt tilsyn for å medvirke til at slike produkter er helsemessig sikre for mennesker og dyr.

I 2011 mottok Mattilsynet 61 meldinger til det nasjonale registeret over bivirkninger ved bruk av kosmetikk og kroppsspleieprodukter. Folkehelseinstituttet er samarbeidspartner. Oversikten fra registeret viser at permanent hårfarge gir de alvorligste bivirkningene, mens det er flest reaksjoner på fuktighetskremer for ansikt og kropp.

EU vedtok i 2009 en ny kosmetikkforordning som skal gjelde fra juli 2013 og som erstatter det tidligere kosmetikkdirektivet. Den nye forordningen gjør det tydelig at produsentene har ansvar for å sikre at produktene er sikre. Antall stoffer som er forbudt brukt i kosmetikk har økt betydelig i de senere årene. Forordningen inneholder også bestemmelser for bruk av nanoteknologi. Forordningen er innlemmet i EØS-avtalen. Det pågår arbeid for å gjennomføre den i Norge ved å fastsette ny forskrift om kosmetikk og kroppsspleieprodukter.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester for Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Vitenskapskomiteen er en faglig uavhengig komite på matområdet. Formålet er å sikre uavhengige vitenskapelige risikovurderinger for Mattilsynet av forhold med betydning for helsemessig trygg mat langs hele matkjeden. Komiteen utfører i tillegg vitenskapelige risikovurderinger på områdene dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse, samt kosmetikk og kroppsspleieprodukter. Komiteen utfører også miljørisikovurderinger av genmodifiserte organismer (GMO) på oppdrag fra Direktoratet for naturforvaltning. Deltakelse i EFSA (European Food Safety Authority) er prioritert, jf. kap. 703.

Vitenskapskomiteen har et høyt aktivitetsnivå. I alt 24 risikovurderinger ble publisert i 2011. Blant disse var negative og positive helseeffekter av omega-3 fettsyrer og helserisiko fra nedbrytnings- og oksidasjonsprodukter i marine oljer. En annen

viktig risikovurdering gjaldt den genmodifiserte poteten Amflora. I 2012 pågår bl.a. risikovurderinger knyttet til revens dvergblendelorm, Cry-proteiner i genmodifisert mat og fôr og krav til varmebehandling ved produksjon av trygt fiskefôr.

Ny vitenskapskomité skal oppnevnes av Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av 2013. Videreutvikling av rollen som norsk kontaktpunkt for EFSA og videreutvikling av kvalitetssystem for risikovurderinger er oppgaver som vil ha høy prioritet i 2013.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med bevilgningen er arbeid med kosthold og ernæring som videre oppfølging av Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) og evalueringen av denne planen, samt arbeid med mattrygghet og drikkevann.

Post 70 Tilskudd

Formålet med bevilgningen er å gi tilskudd til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen. Ammehjelpen arbeider for å fremme amming og hjelpe mødre som trenger mer kunnskap om amming.

Post 74 Skolefrukt

Formålet med abonnementsordningen Skolefrukt er å stimulere til økt inntak av frukt og grønnsaker blant grunnskoleelever ut fra et helseperspektiv. Skolefrukt er også et verktøy for å oppfylle myndighetenes retningslinjer for skolemåltidet i grunnskole og videregående skole. Ordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker på oppdrag fra Helsedirektoratet. Abonnementsordningen gjelder rene barneskoler (1–7-skoler), mens kommunenes gratisordning omfatter skoler med ungdomstrinn (1–10 skoler og 8–10 skoler). Abonnementsordningen videreføres parallelt med kommunenes gratisordning.

Ved årsskiftet 2011/2012 abonnerte om lag 61 000 elever ved 1000 rene barneskoler (1–7-skoler), noe som er på samme nivå som 2010/2011. Dette tilsvarer om lag 18 pst. av alle elever på 1–7-skoler og 57 pst. av disse skolene. Av disse var det en del skoler der kommuner eller andre finansierte gratis frukt.

Oppslutningen er størst i første klasse og blir mindre etter hvert som elevene begynner i de eldre klassene. Det er en utfordring at relativt få elever deltar. En årsak synes å være mangel på valgfrihet av type frukt daglig, og at differensiert tilbud eller

oppdeling vil kreve ekstra innsats fra skolen i en ordning der bare noen av elevene deltar.

Tiltak som kan bidra til økt inntak av frukt og grønt i skolehverdagen for alle, vil bli vurdert som

del av oppfølgingen av Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Kap. 3711 Ernæring og mattrygghet

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
02	Diverse inntekter	193	200	407
16–18	Refusjon lønnsutgifter	193		
	Sum kap. 3711	267	200	407

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker betaling Vitenskapskomiteen for mattrygghet mottar som nasjonalt kon-

taktpunkt for det europeiske matsikkerhetsbyrået EFSA.

Kap. 712 Bioteknologinemnda

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	8 379	8 452	8 720
	Sum kap. 0712	8 379	8 452	8 720

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2012.

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.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Kap. 715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	76 865	74 679	77 130
21	Spesielle driftsutgifter	26 564	42 850	44 264
	Sum kap. 0715	103 429	117 529	121 394

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2012.

Statens strålevern er fag- og forvaltningsmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall.

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 Strålevernet naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv. Den nasjonale atomberedskapen ledes av Strålevernet, som også innehar sekretariat og operasjonslokaler. Strålevernet driver FoU-virksomhet og internasjonale prosjekter til støtte for forvaltningen.

Menneske og ytre miljø

Forurensningsloven og et nytt kapittel i avfallsforskriften er gjort gjeldende for radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall. Radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall er nå regulert etter samme lov som annen forurensning og annet avfall.

Det internasjonale arbeidet er høyt prioritert for å ivareta Norges internasjonale forpliktelser og for å redusere risiko forbundet med utenlandske kilder til radioaktiv forurensning. Strålevernet vil i årene framover framskaffe kunnskap om utenlandske kilder i dialog med andre lands myndigheter.

Strålevernet koordinerer oppfølgingen og implementeringen av Nasjonal strategi for å redusere radoneksponering. Strålevernet har i 2012 særlig lagt vekt på å følge opp kommunenes arbeid på feltet. I 2013 vil Strålevernet gjennomføre prosjekt i samarbeid med kommuner for å bedre mulighetene for å løse problemer i områder med ekstremt høye radonkonsentrasjoner.

Ved endring i strålevernforskriften er det innført 18-årsgrense for bruk av solarier, samt krav til betjening av solstudioer. 18-årsgrensen ble satt i verk 1. juli 2012. Betjeningskravet trer i kraft 1. januar 2014. Statens strålevern vil i 2013 arbeide med implementeringen av endringene i regelverket.

Som en del av nordområdesatsingen vil Strålevernet styrke sin innsats for beredskap, overvåking og forskning, bl.a. gjennom sitt engasjement og tilstedeværelse i nord, ved Framsenteret i Tromsø og ved Svanvik miljøsender i Sør-Varanger. Strålevernet bidrar fortsatt i oppfølgingen av radioaktiv forurensning etter Tsjernobylulykken.

Medisinsk bruk av stråling

Medisinsk strålebruk bidrar med om lag 25 pst. av samlet befolkningsdose fra ioniserende stråling i Norge. Anvendelser av strålekilder innen helsesektoren er omfattende og dekker medisinsk diagnostikk og behandling av pasienter, samt bruk av strålekilder i screening av befolkningen for bestemte sykdommer. Det er ved tilsyn og revisjoner avdekket mangelfull strålevernkompetanse og rutiner i virksomhetene, som også har ført til pasientskader.

I ny strålevernforskrift er det innført skjerpede krav til kompetanse, kvalitetssikring og krav til apparatur. I 2013 skal tverrfaglig samarbeid styrkes, videreføres og formaliseres som ledd i kvalitetssikring av stråleterapi og billediagnostikk. Strålevernet skal bidra til faglige retningslinjer og organisering av kliniske revisjoner.

Sikkerhet, atomberedskap og krisehåndteringsevne

Atomberedskapen er basert på tverrsektorielt samarbeid. På bakgrunn av trusselbildet er det nylig gjort en beredskapsanalyse som identifiserer tiltak som må følges opp framover. Som oppfølging av dette vil Strålevernet i 2013 arbeide for å styrke kompetanse og gjennomføringsevne i alle ledd i atomberedskapen. Utvikling av nasjonal og internasjonal atomberedskap er aktualisert bl.a. etter ulykken ved Fukushima kraftverket i Japan.

Som ledd i det internasjonale engasjementet vil Strålevernet gjennomføre et EØS-finansiert samarbeidsprosjekt om atomsikkerhet med Romania. Et langsiktig myndighetssamarbeid mellom Norge og Russland videreføres for å bidra til å redusere risikoen for ulykker og forurensning fra atominstallasjoner i Nordvest-Russland.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter.

Kap. 3715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
02	Diverse inntekter	17 520	39 749	41 061
04	Gebyrinntekter	4 061	4 196	4 334
05	Oppdragsinntekter	10 705	5 352	5 529
16–18	Refusjon lønnsutgifter	32 286		
	Sum kap. 3715	33 821	49 297	50 924

Bevilgningen er knyttet til diverse inntekter, herunder gebyr- og oppdragsinntekter.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen er knyttet til salg av tjenester og prosjektfinansiering, f.eks. doseovervåking, yrkeseksponerte og kalibrering av solarier og strålekilder i sykehus.

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra tilsyn ved Institutt for energiteknikk.

Post 05 Oppdragsinntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra Innovasjon Norge mv.

Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	41 085	38 573	41 875
	Sum kap. 0716	41 085	38 573	41 875

Sammenliknet med saldert budsjett 2012 foreslås bevilgningen økt med 2 mill. kroner til kunnskap og kompetanse om doping.

Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus) er landets fremste kompetanseorgan på rusmiddelsituasjonen i Norge.

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, ligger til grunn for regjeringens rusmiddelpolitikk. Fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til dem som har omfattende rusproblemer, til en politikk som ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk. Meldingen er nærmere omtalt under kap. 763 Rustiltak, jf. også kap. 718.

I tråd med Meld. St. 30 (2011–2012) foreslås bevilgningen til instituttet styrket med 2 mill. kroner for å øke kunnskapen og kompetansen om doping. Instituttet skal gjennomføre en befolkningsundersøkelse om utbredelse og bruk

av dopingmidler. Det skal etableres et system som sikrer at data om bruk av dopingmidler i befolkningen regelmessig kan samles inn sammen med data om rusmidler og tobakk.

Instituttet skal fortsette å bidra med forskningsbasert kunnskap om forebyggingsstrategier. Evaluering av nasjonale forebyggende satsinger og kampanjer inngår i dette. Instituttet skal også fortsette studiene av kommunenes forvaltning av rusmiddelpolitiske virkemidler.

Instituttet vil i samarbeid med Helsedirektoratet øke kunnskapen om kommunenes tjenestetilbud til rusmiddelmisbrukere. Instituttet vil også se på tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere som løslates fra fengsel, der samarbeid og samhandling mellom flere offentlige etater inngår som en viktig del.

Instituttet skal se spesielt på alkoholbruk blant ungdom og eldre. Studier av tredjepartsskader,

skader og ulemper den som drikker påfører andre enn seg selv, skal også prioriteres. Dette inkluderer studier av alkoholrelatert vold, samt vold og utrygghet i nære relasjoner, negative konsekvenser av foreldres alkoholbruk for barn, kjøring i beruset tilstand, samt rusmiddelrelaterte problemer i arbeidslivet.

Arbeidet med estimering av omfang av narkotikamisbruk og analyser av narkotikadødsfall, utvikling i forbruk, bruksmåter og finansiering av bruk og årsaker til og konsekvenser av skadelig rusmiddelbruk fortsetter i 2013. Instituttet er i oppstarten med et prosjekt med mål om å øke kunnskapen om cannabisbruken i Norge og ulike negative konsekvenser av bruken. Dette inkluderer kunnskap om bruk og brukere av de nye syntetiske cannabisproduktene.

Utviklingen av røyke- og snusvaner i befolkningen blir belyst i flere studier. Sosial ulikhet i røykevaner og røyking som bidrag til sosial ulikhet i helse er sentrale temaer. Instituttet skal bidra til arbeidet med overvåking av tobakksbruk i Norge. Instituttet skal også bidra med evalueringer av tiltak i henhold til ny nasjonal tobakkstrategi (2012–2016). I løpet av de siste tiår har det skjedd store endringer i tobakksmarkedet. Forbruket av tobakk er redusert, mens man har sett en forskyvning fra sigaretter/rulletobakk til snus. Instituttet skal fortsatt følge utviklingen og undersøke hvilken betydning denne forskyvningen har for folkehelsen.

Statistikkdatabasen RusStat gir tilgang til aktuell rusmiddelstatistikk. Instituttet har inngått samarbeid med Statistisk sentralbyrå om årlige nasjonale undersøkelser av bruk av alkohol, narkotika og tobakk. Dette vil sikre bedre data om bruk av rusmidler og tobakk i befolkningen. Instituttet skal fortsette arbeidet med å utvikle statistikken.

Instituttet skal videreutvikle nettverkssamarbeidet med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og med forskningsinstitusjoner i inn- og utland. Instituttet skal også samarbeide med relevante universiteter, høyskoler og andre fagmiljøer, spesielt Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo.

Statens institutt for rusmiddelforskning skal ha god oversikt over rusmiddelsituasjonen i Norge. Instituttet skal gjøre forskningsbasert kunnskap tilgjengelig og anvendbar for offentlig forvaltning og publikum. Instituttet skal utføre forskning som kan bidra til økt kunnskap om rusmidler, tobakk og avhengighet, 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 skal ha forskning som primæraktivitet, men dokumentasjon og formidling er også viktige oppgaver.

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 kontor for narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC).

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Sammenliknet med saldert budsjett 2012 foreslås bevilgningen økt med 2 mill. kroner for å øke kunnskapen og kompetansen om doping, herunder gjennomføre en befolkningsundersøkelse.

Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
02	Diverse inntekter	5 323	3 318	3 427
16–18	Refusjon lønnsutgifter	5 323		
	Sum kap. 3716	6 141	3 318	3 427

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker oppdragsinntekter mv.

Kap. 718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter	89 992	97 113	96 498
63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	15 993	15 462	15 957
70	Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	108 507	101 908	105 271
	Sum kap. 0718	214 492	214 483	217 726

Sammenliknet med saldert budsjett 2012 foreslås bevilgningen økt med 6 mill. kroner til satsing på ansvarlig alkoholhåndtering. Forslag om flytting av bevilgning til andre kapitler er omtalt under post 21.

Formålet med bevilgningen er å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader gjennom forebyggende tiltak.

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, ligger til grunn for regjeringens rusmiddelpolitikk. Fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til dem som har omfattende rusproblemer, til en politikk som ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk. Meldingen og samlet satsing på området er nærmere omtalt under kap. 763 Rustiltak.

I tråd med Meld. St. 30 (2011–2012) foreslås 6 mill. kroner til økt satsing på ansvarlig alkoholhåndtering. Alkoholloven er et av de viktigste virkemidlene i det rusmiddelforebyggende arbeidet. For å øke kunnskapen om og bruken av alkohollovens virkemidler, fra innvilgelsespraksis til kontroll og inndragning av bevilling, skal det gjennom satsingen ansvarlig alkoholhåndtering utvikles og tilbys gode verktøy og opplæring. I dette arbeidet vil de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, fylkesmennene og Helsedirektoratet være sentrale aktører. Målet er at kommunene i større grad skal ta ut potensialet alkohollovgevingen gir i arbeidet med å begrense skader.

Forebyggingen skal i hovedsak skje i kommunene, men det skal være sammenheng mellom virkemidler og tiltak på nasjonalt og lokalt nivå. Det skal legges vekt på å bidra til implementering av folkehelseloven. Tiltak rettes både mot befolkningen generelt og mot særlig utsatte grupper. Barn, unge og deres foreldre er viktige målgrupper. Bevilgningen dekker også tilskuddsordninger til frivillige organisasjoner som arbeider for å redusere forbruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler, jf. omtale under post 70.

Den forebyggende rusmiddelpolitikken er sektorovergripende og krever samarbeid på tvers av departements- og etatsgrenser. Internasjonal forskning understreker betydningen av et folkehelseperspektiv i rusmiddelpolitikken. Redusert totalforbruk av alkohol, tidlig identifisering og tidlig intervensjon, kompetanseutvikling, veiledere og verktøy for kommunene, styrket formidling av forskningsbasert kunnskap og bedre og mer systematisk kartlegging av rusmiddelsituasjonen lokalt er viktige områder.

Den nasjonale satsingen på tidlig intervensjon på rusområdet har som mål å oppdage og gripe inn overfor atferds- og rusmiddelproblemer så tidlig som mulig, for på den måten å forebygge en videre problemutvikling. Arbeidet med tidlig intervensjon er forankret i en veileder fra Helsedirektoratet. Veilederen skal bidra til å styrke arbeidet med å oppdage rusmiddelrelaterte problemer og intervenere hensiktsmessig så tidlig som mulig.

Det moderne arbeidslivet har skapt flere arenaer for alkoholbruk. Gjennom Arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighet (Akan) tilbys bedrifter digitale verktøy for å redusere risikofylt forbruk av alkohol og en metode for å utvikle en ansvarlig rusmiddelpolitikk på arbeidsplassen. Det er også satt i gang tiltak rettet mot studenter, som ofte har et høyt og risikofylt alkoholkonsum.

Det er et mål å øke befolkningens kunnskap om alkoholens skadevirkninger og om effektive alkoholpolitiske tiltak. Alkoholkampanjen Hvite uker er en del av en større og langsiktig kommunikasjonsatsing. Hensikten er bl.a. å stimulere til refleksjon og debatt om alkoholforbruk, samt å øke forståelsen for og styrke oppslutningen om bruk av regulatoriske virkemidler.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål er sentrale i arbeidet med kompetanseutvikling. Kompetansesentrene har en sentral

rolle i å bistå Helsedirektoratet med utvikling av det lokale forebyggende arbeidet. De skal gi faglige anbefalinger om helhetlig og samordnet forebygging av rusmiddelproblemer og bistå kommunene i dette arbeidet.

Kommunene er de viktigste aktørene i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Folkehelseloven stiller krav om at kommunene skal fastsette overordnede mål og strategier for å møte folkehelseutfordringene de har, herunder utfordringer på rusmiddelområdet. 409 av landets 429 kommuner har utarbeidet rusmiddelpolitisk eller alkoholpolitisk handlingsplan. Mange kommuner samarbeider om interkommunale planer. En studie fra Statens institutt for rusmiddelforskning i 2011 tyder på at planene ikke har den innvirkningen på kommunal rusmiddelpolitikk som man kunne håpe på. Det er ønskelig at alkoholpolitiske og rusmiddelpolitiske handlingsplaner inngår som en del av kommunens alminnelige planarbeid. Helsedirektoratet skal bistå kommunene i dette arbeidet og vil bidra til å utvikle bedre verktøy for kartlegging av rusmiddelsituasjonen lokalt. Arbeidet med å stimulere til bruk av rusforebyggingskoordinatorer i kommunene videreføres.

Helsedirektoratet og fylkesmennene driver veiledning og kursvirksomhet overfor kommunene, for å sikre god håndheving av alkohollovens salgs- og skjenkebestemmelser. Herunder arbeides det for å styrke den kommunale kontrollen med salgs- og skjenkebevillinger. Over 50 kommuner har gitt informasjon og opplæring til restaurantbransjen og gjennomført kurs i ansvarlig vertskap.

Helsedirektoratet skal fremme bruken av virkemidlene i alkoholloven som verktøy i det kommunale rusforebyggende arbeidet.

Vedtak nr. 481, 16. juni 2009:

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

Gjennom satsingen Ansvarlig alkoholhåndtering, arbeider Helsedirektoratet med en helhetlig tilnærming for å styrke kommunenes forvaltning av alkoholloven. Helse- og omsorgsdepartementet har redegjort for arbeidet i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, side 33–34. I tillegg til samarbeid, opplæring og kontroll legges det vekt på kunnskapsheving i alle

ledd. Det er nødvendig at kommunene møter utfordringene helhetlig, fra utforming av planverk til innvilgelsespolitikk og kontroll.

Mobiliseringen mot doping som samfunnsproblem skal være en del av rusmiddelpolitikken. Helsedirektoratet gis et tydeligere ansvar for at doping integreres i forebyggingsarbeidet. Dette gjelder både tidlig intervensjon og generell forebygging.

Utviklingen i bruk av alkohol

Alkohol er det av rusmidlene som forårsaker flest sosiale og helsemessige skader. Ifølge WHO er alkohol den nest viktigste risikofaktor for sykdom og tidlig død i industrialiserte land.

Det er anslagsvis mellom 80 000 og 120 000 storforbrukere av alkohol i Norge, men det er den store gruppen med moderat forbruk av alkohol som forårsaker mest skade og sykdom. Det er en klar og dokumentert sammenheng mellom totalkonsumet av alkohol og akutte skader, ulykker, kroniske lidelser, avhengighetsproblemer og sosiale problemer. Skader og problemer den som drikker påfører andre, såkalt passiv drikking, utgjør en betydelig del av skadebildet.

Alkoholkonsumet i Norge har lenge vært økende. I 2011 var registrert forbruk 6,6 liter ren alkohol per person over 15 år. I følge spørreundersøkelser økte konsumet blant ungdom fram mot årtusenskiftet, men har siden gått noe tilbake. Det er fortsatt en utfordring at alkoholforbruket blant voksne øker.

Det blir stadig færre som ikke drikker alkohol, og vel 80 pst. av ungdommene mellom 15 og 20 har drukket alkohol. Alkoholforbruket i Norge er fortsatt lavt i europeisk sammenheng. Flere europeiske land har i senere år tatt i bruk regulatoriske virkemidler som allerede er tatt i bruk i Norge. Mens alkoholforbruket i Norge er økende, går utviklingen i motsatt retning i flere av landene i Europa.

Målt i antall personer, er antakelig avhengighet av vanedannende legemidler, nest etter alkoholavhengighet, det største avhengighetsproblemet i Norge.

Utvikling 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 fortsatt det mest brukte illegale rusmiddel, fulgt av amfetaminer. I 2010 oppga 29 pst. (18–30 år) at de noen gang hadde prøvd cannabis, mens omkring 6 pst. i aldersgruppen 15–34 år

oppgir at de noen gang har brukt amfetaminer. Sniffestoffer (lim og løsemidler) brukes mer enn både amfetamin, metamfetamin og ecstasy. Amfetaminer, kokain, heroin og andre opioider er de narkotiske stoffene som gir størst problemer og skader. Antall injeksjonsbrukere antas å ha vært nokså stabilt siden 2003 og i 2009 ble det estimert mellom 8800 og 12 000 injeksjonsbrukere. Blant disse er vanedannende legemidler svært utbredt; mer enn tre av fire heroinbrukere og vel halvparten av amfetaminbrukere rapporterer slik bruk. Narkotikabruken i Norge er relativt lav i europeisk sammenheng, men antall narkotikarelaterte dødsfall (overdosedødsfall) er fortsatt høyt. I 2009 ble det i Norge registrert 285 narkotikadødsfall. Norge har lav forekomst av hiv blant injeksjonsmisbrukere, samtidig som en relativt høy andel er bærere av hepatitt C.

Utvikling i bruken av dopingmidler

Det finnes ikke en nasjonal oversikt over utbredelse av bruk av doping. I en dopingundersøkelse fra 2009 blant ungdom på sesjon, svarte 2,6 pst. at de enten bruker eller har brukt dopingmidler. Narkotika- og dopingstatistikken viser at det har vært beslaglagt betydelige mengder dopingmidler i form av renstoff de senere år. Beslag av renstoff og produksjonsutstyr tilsier at det foregår produksjon av dopingmidler i Norge. Et trendpanel i regi av kompetansesenteret for rusmiddelspørsmål i Bergen rapporterer om en økning i tilgjengelighet og bruk av anabole virkestoffer.

I tråd med Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk er det et mål å få bedre oversikt over utvikling i bruk av dopingmidler i Norge. Som et ledd i mobiliseringen mot doping skal Statens institutt for rusmiddelforskning styrke kompetansen om doping og gjennomføre en befolkningsundersøkelse om utbredelse og bruk av dopingmidler og etablere et system for regelmessig innsamling av befolkningsdata om bruk av dopingmidler. Dette vil gi bedre oversikt over utviklingen i bruken av dopingmidler. Se omtale under kap. 716.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 0,5 mill. kroner til kap. 710, post 01, knyttet til rapportering av narkotikarelaterte dødsfall
- 4,98 mill. kroner til kap. 720, post 01, knyttet til oppfølging av rusfeltet

- 4,34 mill. kroner til kap. 1510, post 01, til fylkesmannens oppgaver som klageorgan for kommunale skjenkebevillinger, forvaltning av statlige salgs- og skjenkebevillinger og rådgivning til kommuner om forvaltning av alkoholoven

Det foreslås 6 mill. kroner mer til satsing på ansvarlig alkoholhåndtering sammenliknet med saldert budsjett 2012.

Bevilgningen dekker utredninger, evalueringer, forsøksvirksomhet, internasjonalt samarbeid, informasjon og holdningsskapende arbeid, herunder bl.a.:

- utvikling av metoder for tidlig intervensjon og mini-intervensjoner
- arbeidet for å sikre kvalitet i kommunenes arbeid med alkoholoven, tilrettelegging for mer effektiv kontroll og økt kompetanse på salgs- og skjenkestedene
- fylkesmennenes veiledning overfor kommunene vedrørende forvaltning av alkoholovgivningen

De seneste årene har Atferdssenteret (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS) mottatt om lag 3 mill. kroner i driftstilskudd over denne posten for å sikre rusperspektivet i Atferdssenterets forskning. Resultater fra atferdssenterets kunnskapsutvikling brukes i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med rusforebygging og tidlig intervensjon. Atferdssenteret utvikler tverrfaglig kunnskap og styrker kompetansen i arbeidet med å forebygge og behandle alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge. Senteret driver forskning, implementering, opplæring og videreutvikling av nye metoder i arbeidet med alvorlige atferdsproblemer og tiltaksforskning knyttet til evaluering og utvikling av nye metoder og forskning om utbredelse og utvikling av atferdsproblemer blant barn og unge.

Post 63 Rusmiddeltiltak

Bevilgningen dekker tiltak for å stimulere til et kvalitetsmessig godt og samordnet rusmiddelforebyggende arbeid i kommunene, herunder stimuleringsarbeid knyttet til rusmiddelpolitiske planer. Tilskuddet skal bidra til bedre samordning og utnyttelse av lokale ressurser.

Videre dekker bevilgningen tilskudd til etablering av kommunale rus- og kriminalitetsforebyggingskoordinatorer, i samarbeid med Kriminalitetsforebyggende Råd (KRÅD).

Bevilgningen dekker også tilskudd til rustelefonen og rådgivningstjenesten klara-klok.no.

Tilskuddene forvaltes av Helsedirektoratet.

Post 70 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker:

- tilskuddsordningene for driftstilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner, prosjekttilskudd til utvikling av frivillige rusforebyggende prosjekter og aktivitetstilskudd til frivillige rusforebyggende tiltak
- tilskudd til Arbeidslivets kompetansesenter for rusmiddelspørsmål
- tilskudd til Dopingtelefonen
- tilskudd til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og deres arbeid med forebyggende strategier rettet mot kommunene

Tilskuddsordningene forvaltes av Helsedirektoratet. Formålet er å styrke arbeidet til 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 aktivite-

ter av nasjonal karakter som har rusmiddelforebygging som primært mål. Ordningene skal fremme kunnskapsbaserte strategier og demokratisk organisasjonsarbeid med frivillig innsats og lokalt engasjement.

Det ble i 2012 gitt om lag 87 mill. kroner i tilskudd til 52 rusmiddelforebyggende prosjekter og aktiviteter, og driftstilskudd til 17 rusmiddelpolitiske organisasjoner, paraplyorganisasjoner og samarbeidsorganisasjoner. Tilskuddsordningene skal evalueres.

Dopingtelefonen er en telefon- og informasjonstjeneste som retter seg mot personer som bruker eller vurderer å bruke doping, pårørende og tjenesteapparatet, f.eks. helsepersonell, politi, lærere. Helsedirektoratet har evaluert Dopingtelefonen, og konkludert med at tilbudet bør opprettholdes. I evalueringen pekes det på at det er behov for å utvikle nettsidene, vurdere lokalisering, definere Dopingtelefonens rolle og utarbeide et tydeligere mandat. Evalueringen peker videre på at det er ønskelig med en rolleavklaring mellom aktørene i antidopingarbeidet i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Helsedirektoratet følge opp anbefalingene i evalueringen og drøfte strategiske grep og utfordringer for Dopingtelefonen.

Kap. 3718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
04	Gebyrinntekter	1 497	1 599	1 652
	Sum kap. 3718	1 497	1 599	1 652

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som forvaltes av Helsedirektoratet.

Bevilgningen dekker bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Ordningen er

selvfinansiert, og gebyrene utgjør om lag 1 mill. kroner.

Bevilgningen dekker videre gebyr på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-2 første ledd nr. 1 og 2.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
85	Statens overskuddsandel	81 119	39 200	38 500
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	81 122	39 202	38 502

Vinmonopolet skal innrette sin virksomhet iht. 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 er organisert som 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 har et betydelig samfunnsansvar. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former og uten privatøkonomiske interesser.

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

Per 2011 var alle Vinmonopolets 267 butikker selvbetjente. Det ble åpnet åtte nye butikker i 2011, og Vinmonopolets styre har vedtatt åpning av ti nye butikker i 2012. Vinmonopolet har seks butikkategorier. Den minste har om lag 300 produkter og den største om lag 1800 produkter. Bestilling kan også skje gjennom Vinmonopolets nettbutikk og kundesenter. Frakten er kostnadsfri for kunder som bor i kommuner uten vinmonopolbutikk.

Nemnda for prøving av Vinmonopolets beslutninger om innkjøp ble opprettet i 1997 som ledd i å sikre leverandørene markedstilgang på like vilkår. I 2011 mottok nemnda ti klager. Vinmonopolet fikk medhold i åtte av klagenene.

Vinmonopolet solgte totalt 78,4 mill. liter i 2011, en økning på 0,6 pst. fra 2010. Dette innebærer at utflating i omsetningsveksten ser ut til å fortsette. Salget av svakvin økte med 1,3 pst. til 64,2 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker gikk ned med 4 pst. til 12 mill. liter. Salget av sterkvin gikk ned med 9,7 pst. til 708 000 liter, mens det ble solgt 1,1 mill. liter sterkøl, en økning på 16,5 pst. fra 2010. Salget av alkoholsvake drikker økte med 21,1 pst. til 168 000 liter.

Vinmonopolets omsetning var 11,6 mrd. kroner ekskl. mva. i 2011. Av dette var 6,4 mrd. kroner avgifter til staten. Driftsresultatet var 118,9 mill. kroner, som er 57,8 mill. kroner

lavere enn i 2010. Resultatnedgangen skyldes høyere lønnskostnader inklusive pensjonskostnader, i tillegg til økte driftskostnader og økte avsetninger pga. et omfattende prosjekt for å innføre ny IT-arkitektur. Resultatet før vinmonopolavgift ble 159,3 mill. kroner, som er 52,3 mill. kroner lavere enn i 2010. Resultatet i 2010 var spesielt høyt pga pensjonsberegningene dette året. Av resultatet før vinmonopolavgift på 159,3 mill. kroner, er 37,1 mill. kroner beregnet til vinmonopolavgift og 61,1 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 61,1 mill. kroner er tilført egenkapitalen. Resultatgraden for 2011 var på 1,4, en nedgang fra 1,9 i 2010.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2011 et resultat på 5,1 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Vinmonopolet skal arbeide for 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 rimelig balanse mellom økonomiske kriterier og ønsket om likere tilgjengelighet. Vinmonopolet skal ta hensyn til distriktskommunenes ønsker om og behovet for etableringer i folketette bykommuner. Gjennom videreutvikling av fjernhandelsløsningene (bestilling og salg over internett og gjennom kundesenter) skal selskapet bidra til forenkling for kunder i distrikter med få butikker.

Selskapet skal videreføre arbeidet med å kostnadseffektivisere virksomheten for å bedre lønnsomheten og soliditeten uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger. Arbeid med risikostyring og internkontroll skal fortsatt ha fokus, og områdene miljø og samfunnsansvar skal forsterkes.

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

Post 85 Statens overskuddsandel

Statens andel i 2012 av driftsoverskuddet i Vinmonopolet er fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2011, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift, se kap. 5572, post 71 Vinmonopolavgift. Andelen foreslås uendret i 2013, jf. forslag V Diverse fullmakter, nr. 3. Forslaget bygger på en vurdering

av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelsen av butikknett, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet og ønsket kapitalstruktur. Foreslått beløp er beregnet ut fra budsjettert resultat for 2011.

Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2011. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

Kap. 719 Annet folkehelsearbeid

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	66 969	82 098	78 107
60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	18 681	5 677	6 459
70	Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	18 104	15 487	16 998
73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	35 035	33 470	34 575
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	6 450	7 839	8 098
Sum kap. 0719		145 239	144 571	144 237

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås budsjettet videreført på samme reelle nivå som saldert budsjett 2012. Forslag om flytting av bevilgning mellom kapittel og post er omtalt under aktuell post.

Statlig støtte til lokalt folkehelsearbeid

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) trådte i kraft 1. januar 2012. Loven skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår. Loven innebærer større krav til at staten skal følge opp kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid. Den statlige støtten av lokalt og regionalt folkehelsearbeid er intensivert i 2011 og 2012.

Kommuner og fylkeskommuner er gjort kjent med loven og arbeidsformen for folkehelsearbeidet som regelverket angir, gjennom fylkesvise samlinger arrangert i samarbeid mellom Helsedirektoratet og fylkesmannsembetene.

Forskrift om oversikt over folkehelsen trådte i kraft 1. juli 2012. Nasjonalt folkehelseinstitutt har fra og med 2012 tilgjengeliggjort et sett av data fra sentrale registre om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for kommuner og fylkeskommuner. Folkehelseprofilene skal hjelpe lokale og regionale myndigheter med å skaffe oversikt over helsetil-

standen i befolkningen. Profilene skal suppleres med regional og lokal kunnskap. Det vil komme ny utgave av folkehelseprofilene hvert år. Arbeidet er gjennomført i samarbeid med Helsedirektoratet.

Som et ledd i støtten til kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid utformer Helsedirektoratet veiledning til loven, både om systematikk i folkehelsearbeidet og innen enkeltområder.

Systematisk folkehelsearbeid

Folkehelseloven er knyttet til bestemmelsene om planarbeid i plan- og bygningsloven. Dette skal sikre god forankring av folkehelsearbeidet politisk og på tvers av de ulike sektorene. Dette er også med å sikre systematikk og langsiktighet i arbeidet. Det er behov for oppbygging av kommunal kompetanse på helse i plan, både hos planleggere og blant folkehelsepersonell.

Helsedirektoratet skal utarbeide veiledere for hvordan kommunen og fylkeskommunen kan ivareta folkehelse i plan- og beslutningsprosesser.

Fylkesmennene skal følge med på hvordan kommunene følger opp folkehelseloven, herunder fastsetting av mål og strategier for folkehelsearbeid som en del av kommune- og fylkesplanene og annet planverk. Gjennom råd, veiledning og tilsyn skal fylkesmennene bidra til at alle kommuner og

fylkeskommuner får på plass oversikt over sine folkehelseutfordringer etter loven. Disse oversiktene skal bl.a. gi grunnlag for planstrategiene som skal foreligge i 2016. Helsedirektoratet og Helse-tilsynet skal i samarbeid forberede og følge opp dette arbeidet på en hensiktsmessig måte.

Det skal legges til rette for å styrke kommunene og fylkeskommunes rolle som samfunnsutviklere gjennom økonomiske ressurser, veiledning, metoder og verktøy. Bl.a. skal det startes et arbeid med å vurdere aktuelle økonomiske insitamenter for forebygging. Målet er at det er mest mulig samsvar mellom insitamenter for iverksetting av tiltak og samfunnsøkonomisk nytte.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Helsedirektoratet har i 2012 hatt økt oppmerksomhet på kompetansehevede tiltak knyttet til folkehelse-loven. Det er opprettet dialog med høyskoler og universiteter om videreutvikling av studietilbud og det er utviklet en pilot for et todagers kurs for kommunene. Videre har Helsedirektoratet bidratt med innspill til politikeropplæring i regi av KS, gjennom samarbeid med nettverket Sunne kommuner. For å bedre kompetansen innen kommunalt og regionalt planarbeid har Helsedirektoratet gitt KS i oppdrag å etablere et utdanningsprogram på masternivå i samarbeid med høyskole- og universitetsmiljø. Første opptak ble foretatt våren 2012. Målgruppen for studiet er ansatte i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og hos fylkesmannsembeter som har ansvar for planlegging og planprosesser generelt, og hvor implementering av samhandlingsreform, ny folkehelse-lov og ny helse- og omsorgstjenestelov er en viktig del av deres oppgaver.

Helsedirektoratet arbeider med en strategi for et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid som forventes ferdigstilt i løpet av 2012. Hensikten er et mer effektivt folkehelsearbeid, herunder forebyggende helsetjenester, en sterkere og mer relevant kunnskapsutvikling på folkehelsefeltet, en hensiktsmessig og effektiv arbeidsfordeling mellom aktørene og en bedre tilrettelegging av kunnskapen sentralt, regionalt og lokalt. Helsedirektoratet arbeider også med å utvikle en veileder i helsekonsekvensutredning, som skal bidra til at alle samfunnssektorer tar helsehensyn i sin planlegging.

Utjevning av sosiale forskjeller i helse

Nasjonal helse- og omsorgsplan varsler at regjeringen vil gjennomgå faktorer som påvirker sosiale

forskjeller i helse på tvers av sektorer som et ledd i oppfølgingen av St.meld. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Helsedirektoratet skal nedsette et forskerpanel som på faglig grunnlag skal gjennomgå faktorer som påvirker sosiale ulikheter i helse og komme med forslag til tiltak som kan redusere slike ulikheter i Norge. Panelet vil også gi innspill til den tverrdepartementale folkehelsestrategien, fordi utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig del av folkehelse-loven og oppfølgingen av denne, det vises til tidligere omtale. Arbeidet skal stå ferdig høsten 2013.

Helsen i den norske befolkningen er jevnt over god, men det er fortsatt store, systematiske helseforskjeller etter sosial posisjon. 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) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller 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 følges opp gjennom Folkehelsepolitisk rapport, et rapporteringssystem som skal gi en systematisk og oppdatert oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Rapportene viser flere positive utviklingstrekk. Norge er blant landene i Europa med minst inntektsforskjeller, sysselsettingen er høy og barnehagedeltagelsen er høy, også blant barn med minoritetsbakgrunn. De sosiale forskjellene på de fleste helseadferdsområdene er blitt mindre blant ungdom.

Miljø og helse

Det er et mål å oppnå trygge og helsefremmende miljøer for alle. I følge WHO er dårlig miljøkvalitet, slik som luftkvalitet ute og inne, og hygieniske forhold direkte årsak til 14 pst. av sykdom som kan forebygges. Viktige tiltak er å tydeliggjøre miljøfaktorene i folkehelsearbeidet, synliggjøre miljøfaktorenes betydning for helsen før beslutninger tas i alle sektorer og støtte kommunenes miljørettede helsevern, herunder god regelverksforvaltning.

Miljørettet lokalt folkehelsearbeid

En kartlegging gjennomført av Helsedirektoratet viser at det er store forskjeller i hvilken grad miljørettet helsevern blir ivaretatt i kommunene. Særlig mangler de små kommunene personell og kompetanse til å ivareta lovpålagte oppgaver på en tilfredsstillende måte. Mange kommuner har mangelfull oversikt over risikofaktorer i miljøet, og mange skoler mangler godkjenning etter regelverket. Dette er nærmere omtalt under barns miljø og helse.

Barns miljø og helse

Strategien Barnas framtid gjelder for planperioden 2007–2016, og den er utviklet i samarbeid mellom åtte departementer og med medvirkning fra barn og unge selv. Som ledd i strategien har Statistisk sentralbyrå etablert et indikatorsett for å belyse forhold som kan ha betydning for barn og unges helse. Med dette er det lagt et grunnlag for å følge opp tiltak i strategien og følge utviklingen over tid. Dataene vil være nyttig i oppfølgingen av samhandlingsreformen og i folkehelsearbeidet generelt.

Undersøkelser av skolenes godkjenningsstatus etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. har avdekket at det fortsatt er et stort antall skoler som ikke er godkjent etter forskriften. Dette tilsier behov for oppfølging fra både lokale og sentrale myndigheter. Rapportering fra landets fylkesmenn viser at det bare er noen få fylker som har fulgt opp den landsomfattende undersøkelsen. Det er derfor planlagt å gjennomføre en kartlegging høsten 2012 som følger opp undersøkelsen i 2009. Helsedirektoratet deltar i samarbeid med Arbeidstilsynet og Utdanningsdirektoratet i tilsynsprosjekter ved landets skoler. I samarbeid med de samme etatene ble det i 2011 startet arbeid med revidering av veilederen. Helsedirektoratet skal også utarbeide tilsynsveiledning for kommunene i henhold til § 9 i folkehelseloven der det bl.a. vil bli tatt inn ny kunnskap om faktorer som påvirker helsen, herunder revideerte normer for inneklima.

Astma og allergi

Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008–2012) har som hovedmål å stanse økningen, og gradvis redusere forekomsten av astma og allergi, spesielt hos barn under 12 år, og å sikre at alle med disse sykdommene kan leve best mulig. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere hvordan arbeidet med å stanse økningen og redusere plagene

av astma og allergi, kan videreføres utover strategiperioden.

De regionale helseforetakene fikk i 2011 i oppdrag å etablere regionale tverrfaglige kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med rådgivning og kompetanseoverføring som hovedoppgaver. Arbeidet er i gang, og det forventes at alle helseforetakene har etablert et tverrfaglig kompetansemiljø innen sommeren 2013.

Oppfølgingen av strategien har vært koordinert av Helsedirektoratet. I tillegg har det blitt etablert referansegrupper for henholdsvis matallergi og matintoleranse, inneklima, forskning, diagnostikk og behandling, skoloring og rehabilitering, regionale senter for astma, allergi og overfølsomhet.

Astma, høysnue og andre allergiske sykdommer som eksem og matallergier, og sykdommer og plager relatert til overfølsomhet er blant de viktigste miljøutfordringer for folkehelsen i Norge. Det er langt fra alle overfølsomhetstilstander som har allergi som årsak. Hyppighet av luftveisinfeksjoner og irritasjonstilstander i luftveiene er også assosiert med dårlig inneklima. Slike plager er utbredt der det er fuktproblemer kombinert med mangelfull ventilasjon i boliger, barnehager, skoler og kontorbygninger.

Det vises for øvrig til omtale under Barns miljø og helse.

Ulykker

I 2011 startet et arbeid med å få oversikt over skader og ulykker i alle sektorer. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i 2013 legge fram en rapport over skadebildet. Det planlegges at en slik rapport skal utgis regelmessig, for å kunne følge utviklingen over tid.

Skadeforebyggende forum vil fortsatt være et nasjonalt kontakt- og samarbeidsorgan. Samarbeidet med Vegdirektoratet og Statens havarikommisjon for transport videreføres i 2013 for ytterligere å redusere antallet drepte og skadde i trafikken.

Om lag 1800 personer dør årlig som følge av ulykker. Ulykker er fortsatt den viktigste dødsårsaken for personer under 45 år. I følge tall fra Norsk pasientregister, ble det i 2011 registrert om lag 91 500 døgnopphold ved norske sykehus, der skader og forgiftninger var hoveddiagnose. Oppfølging av nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskafe (2009–2014) er koordinert av Helsedirektoratet. Et hovedmål i strategien er å legge til rette for at det i 2014 vil være mulig å tallfeste nasjonale mål for reduksjon av ulykker som medfører personskafer. Et annet viktig mål er å forbedre det tverrsektorielle arbeidet

det med skade- og ulykkesforebygging. I 2013 vil arbeidet med måltall i de enkelte sektorer konkretiseres, og forebygging av ulykker blant eldre og barn prioriteres.

Norsk pasientregister har som formål å bidra med data som grunnlag for forebygging av skader og ulykker. Somatiske sykehus og enkelte legevakter (Oslo, Bergen og Trondheim) har siden 2009 hatt plikt til å rapportere data som gir mer informasjon om bl.a. omstendighetene rundt skader og ulykker. De fleste sykehusene har nå registreringssystemer på plass, og det forventes derfor at de fleste sykehus vil rapportere i løpet av 2013. De kommunale legevaktene har ennå ikke slike registreringssystemer.

Støy

Som en oppfølging av Handlingsplan mot støy (2007–2011) har en tverrfaglig gruppe laget en anbefaling om hvilken indikator som passer best for å måle søvnforstyrrelser på grunn av støy. Rapporten er på høring og vil inngå som et grunnlag for å sette nye nasjonale målsetninger for reduksjon av støy.

I Norge er det anslått at 5 pst. av befolkningen har søvnproblemer pga. støy, og veitrafikk er den vanligste årsaken til slike plager. Søvnmangel kan på kort sikt føre til nedsatt prestasjonsevne og til økt risiko for ulykker, og på lang sikt føre til utvikling av type 2-diabetes og hjerte-karsykdom. I 2011 kom WHO ut med en rapport som anslår at det årlig går tapt minst en million år med god helse som følge av trafikkrelatert støy i Vest-Europa. I 2012 har Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennomført beregninger av helsebelastning som skyldes veitrafikkstøy i Norge. Som i WHO-rapporten fant instituttet at søvnforstyrrelser bidro til redusert helse. Sterk støyplage og søvnforstyrrelser er estimert til å bidra årlig med henholdsvis 4512 og 10 245 tapte friske leveår. Helsedirektoratet har i 2011 fått utarbeidet en rapport om helseaspektet i strategiske miljøkonsekvensutredninger for transportplaner.

Giftinformasjon

Giftinformasjonen er det nasjonale rådgivnings- og kompetanseorganet for akutte forgiftninger og forgiftningsfare. Akutte forgiftninger forårsaker hvert år om lag 500 dødsfall og 14 000 sykehusinnleggelse. Giftinformasjonen besvarte i 2011 nærmere 40 000 henvendelser på den døgnåpne telefonrådgivningstjenesten, som er en svak økning sammenliknet med foregående år. Det er

registrert en overhyppighet av alvorlig soppforgiftning blant enkelte innvandrergupper. I 2011 ble det derfor satt i gang forebyggende tiltak i form av bl.a. tilrettelagte kurs for denne gruppen. Dette arbeidet har vært videreført i 2012.

Oppdatert informasjon publiseres på Helsenorge.no for å redusere helseskadelige effekter av forgiftningsuhell og redusere behovet for kontakt med helsetjenesten. Det har vært en økning i bruken av Giftinformasjonens nettbaserte informasjonskanaler.

I 2012 avsluttes en studie ved Giftinformasjonen for å utvikle dokumentasjon av konsekvenser av eksponering og forgiftning ved svangerskap og amming.

Helseatferd

Atferd som har betydning for helsen er særlig knyttet til kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk og alkoholbruk. Strukturelle virkemidler som pris og tilgjengelighet er effektive for å fremme sunne levevaner. Andre viktige virkemidler er tiltak i skoler og barnehager, lokalmiljø og i arbeidslivet, samt veiledning og oppfølging i helsetjenesten. Det vises til omtale av kosthold under kap. 711 og rusmidler under kap. 718.

Innsats rettet mot risikogrupper

Som oppfølging av Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 og innenfor rammen av helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseoven, videreføres innsatsen med utvikling av kommunale frisklivstilbud i 2013. I mange kommuner legges det til rette for samarbeid mellom frisklivssentralen, Nav, spesialisthelsetjenesten, attføring, frivillige organisasjoner, frivillighetssentraler, lokale utstyrssentraler og lavterskeltilbud i regi av andre lokale aktører. Veileder for kommunale frisklivssentraler som Helsedirektoratet utga i 2011, er revidert i 2012. Det vises til nærmere omtale under kap. 762.

Det pågående arbeidet med utvikling og tilrettelegging av lokalbaserte tilbud for å fremme sunne levevaner er videreført i 2012.

Et eksempel er områdebasert tverrfaglig folkehelsesatsing i Oslo kommune involverer alle fire bydeler i Groruddalen og Bydel Søndre Nordstrand. Satsingen startet opp i 2007 som oppfølging av Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og ligger innenfor programområde 4 i Groruddalssatsingen. Siktemålet med folkehelseprosjektene er å styrke befolkningens helse gjennom tiltak som fremmer fysisk aktivitet, gode kostvaner og sunn livsstil,

herunder god tannhelse. Innsatsen rettes i stor grad mot risikogrupper i innvandrerbefolkningen.

Midtveiseevalueringen av Groruddalssatsingen, jf. Samarbeidsrapport Norsk institutt for by- og regionforskning og transportøkonomisk institutt i 2011, omtaler Stork Groruddalen som et pionerarbeid innenfor svangerskapsutløst diabetes med overføringsverdi til andre steder. Tiltaket er tett knyttet opp mot det ordinære tjenestetilbudet i bydelene og integrert i helsestasjonens arbeidsrutiner. Evalueringen viser videre at det er samspilleffekter mellom ulike programområder i Groruddalssatsingen som fortsetter i 2013.

Tobakksforebyggende arbeid

Departementet vil høsten 2012 legge fram en ny strategi for det tobakksforebyggende arbeidet for perioden 2012–2016. Grunnlaget for den nye strategien har vært erfaringene fra den forrige strategiperioden, evalueringen som WHO gjennomførte i 2010, og internasjonale erfaringer. Strategiens fire hovedelementer er restriktiv tobakkslovgivning, videreføring av det høye avgiftsnivået på tobakk, massemediekampanjer og etablering av et nasjonalt tobakksavvenningstilbud.

Et forslag til endringer i tobakkskadeloven som skal bidra til å hindre barns tilgang til tobakksvarer, gjøre flere arenaer røykfrie og styrke vernet mot passiv røyking har nylig vært ute på høring. På grunnlag av høringssvarene arbeides det nå med en proposisjon til Stortinget om endringer i tobakkskadeloven. Helsedirektoratet har i 2011 laget en nasjonal plan for tobakksavvenning som nå skal implementeres og massemediekampanjene skal videreføres.

Norge er, sammen med 175 andre land, part i Verdens helseorganisasjons Tobakkskonvensjon. Det femte partsmøtet skal gjennomføres høsten 2012. Norge deltar i en arbeidsgruppe som lager retningslinjer for ingrediensregulering av tobakkproduktet.

Røyking er fortsatt den viktigste enkeltårsaken til sykdom og tidlig død. Røyking fører hvert år til om lag 5100 dødsfall i Norge, noe som tilsvarer 13 pst. av alle dødsfall. I gjennomsnitt taper hver av disse 11 leveår, og om lag halvparten av storrøykerne dør før 70-årsalderen. Dersom man kun beregner kostnader for helsevesenet og produksjonstap på grunn av økt sykkelighet og tidlig død, anslås kostnadene til 8 mrd. kroner per år. Kostnadene for samfunnet totalt er flere ganger høyere.

Kunnskapen om årsakssammenheng mellom bruk av tobakk og helseskader er i dag solid, og

det er godt kjent hvilke virkemidler som har dokumentert effekt når det gjelder å begrense og forebygge skadeomfanget relatert til tobakksbruk. Det er de brede tilnærmingene med bruk av både regulatoriske og økonomiske virkemidler sammen med kampanjer og tiltak innen helsesektoren, som er dokumentert å ha den sterkeste langsiktige virkningen på tobakksforbruket i en befolkning. Målet for det tobakksforebyggende arbeidet er å hindre at noen begynner å røyke eller snuse, motivere og gi hjelp til snus- og røykeslutt, samt beskytte mot eksponering for tobakksrøyk.

I 2011 røykte 17 pst. av befolkningen (16–74 år) daglig, mot 19 pst. i 2010. Nedgangen på prosentpoeng tilsvarer om lag 80 000 færre røykere. I tillegg røykte 11 pst. av og til. Andelen dagligrøykere blant unge (16–24 år) var 11 pst., mot 12 pst. i 2010. I tillegg røykte 14 pst. unge av og til. Det er store sosiale og geografiske forskjeller i røyking. Blant de med kort utdanning røykte 35 pst. daglig, mens blant de med lang utdanning røykte 9 pst. I Finnmark røykte 29 pst. daglig, mens i Oslo røykte 14 pst. Blant gravide røykte om lag 19 pst. ved svangerskapets begynnelse, og om lag 7 pst. ved svangerskapets slutt. Nedgangen i andelen gravide som røyker har stagnert siden 2006.

Samtidig som stadig færre røyker, er det flere som bruker snus. I 2011 brukte 8 pst. av befolkningen snus daglig, mot 7 pst. i 2010. Å bruke snus er imidlertid først og fremst et ungdomsfenomen. Blant unge menn brukte 25 pst. snus daglig i 2011, samme som i 2010. Blant unge kvinner hadde andelen økt til 11 pst. i 2011 fra 8 pst. i 2010. I tillegg brukte 16 pst. unge menn og 11 pst. unge kvinner snus av og til. Det er i denne aldersgruppen at røykingen har gått kraftigst ned, om lag like mye blant menn og kvinner.

Fysisk aktivitet

Det er overbevisende dokumentasjon på at økt fysisk aktivitet i befolkningen bidrar til flere leveår med god helse, forebygger sykdom og tidlig død, og dermed vil være en viktig faktor for en funksjonsfrisk befolkning og et bærekraftig velferdsamfunn. Samfunnsøkonomiske beregninger viser f.eks. at velferdsgevinsten er 150 000 kvalitetsjusterte leveår per år dersom 3 millioner voksne nordmenn i alderen 20–69 år går 10–15 minutter ekstra hver dag. Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 varslet behov for oppfølging av Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) med en ny og bredere nasjonal satsing på fysisk aktivitet som inkluderer

virkemidler ut over helsesektorens innsats. Gjennom vinter 2012 har Nasjonalt råd for fysisk aktivitet og flere frivillige organisasjoner tatt sterkt til orde for innføring av en time daglig fysisk aktivitet for alle elever i grunnskolen og i videregående opplæring. Helsedirektoratet har i 2012 på oppdrag fra departementet utarbeidet et oppdatert kunnskapsgrunnlag for ny satsing på fysisk aktivitet, herunder samfunnsøkonomiske beregninger. Dette skal bl.a. følges opp i det pågående arbeidet med tverrdepartemental folkehelsestrategi.

Fysisk aktivitet som fagområde og virkemiddel i folkehelsearbeid er sektorovergripende. Helsesektorens bidrag er forebyggende innsats mot risikogrupper og bruk av fysisk aktivitet i pasientbehandling, samt kunnskaps- og metodeutvikling og bidrag i innsats på samfunns- og befolkningsnivå. Åtte departementer har bidratt med virkemidler og tiltak på sine ansvarsområder i Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009). Tiltak i handlingsplanen er videreført etter utløp av planperioden. Evalueringen fra 2009 anbefaler at arbeidet følges. Fysisk aktivitet gir livskvalitet og helse og er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge. Ny forskning viser at fysisk inaktivitet på verdensbasis bidrar til sykdomsbyrde på nivå med etablerte risikofaktorer som røyking og fedme.

Nasjonale kartlegginger viser at aktivitetsnivået i befolkningen er lavt, og at det går i negativ retning. Andelen som er fysisk aktiv, øker med økende sosioøkonomisk status og synker med økende alder. En svak økning av mosjons- og treningsvaner i enkelte deler av befolkningen, ser ikke ut til å kunne kompensere for en generell reduksjon i fysisk aktivitet i hverdagen de siste tiårene. Fysisk forfall og helseplager knyttet til for lite fysisk aktivitet rammer sosialt skjevt og bidrar til økte sosiale helseforskjeller.

En kartlegging med aktivitetsmålere fra 2011 viser at 96 pst. av seksårige gutter og 87 pst. av seksårige jenter oppfyller anbefalingene om i gjennomsnitt 60 minutters daglig fysisk aktivitet. Blant niåringer har andelen som oppfyller anbefalingene gått ned med fem prosentpoeng fra 2005–2006 slik at 86 pst. av guttene og 70 pst. av jentene hadde et tilfredsstillende aktivitetsnivå i 2011. Blant 15-åringene har andelen som oppfyller anbefalingen sunket med fem prosentpoeng til 45 pst. blant jentene og økt fem prosentpoeng til 59 pst. blant guttene.

Hovedtrenden er at en større del av dagen brukes til stillesitting. 15-åringene bruker omtrent 70 pst. av våken tid til stillesitting, og det er mer enn det aldersgruppen 65–85 år gjør. Kartleggingen

av voksne og eldres aktivitetsnivå viser at voksne i gjennomsnitt sitter i ro minst ni timer hver dag og utfører aktivitet av lavere intensitet minst fem timer daglig. Kartleggingen av fysisk aktivitet blant voksne og eldre fra 2008–2009 følges opp i 2013.

Helsedirektoratet deltar i flere samarbeidstiltak for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen. Bl.a. gjelder dette samarbeid med Vegdirektoratet som i 2012 har lansert revidert nasjonal sykkelstrategi og lagt fram en nasjonal gåstrategi. Det pågående samarbeidet mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for naturforvaltning videreføres i 2013. Samarbeidet er knyttet opp til nærmiljø-satsing, og siktemålet er at alle grupper i befolkningen skal få naturopplevelse og mulighet til fysisk aktivitet der de bor. Nærmiljøkvaliteter og -utvikling vil inngå som felles samarbeidsområder, og synergieffekter ligger i kobling mellom folkehelse, fysisk aktivitet og miljø. Det legges ellers vekt på å ivareta vilkår til fysisk aktivitet i planlegging, jf. ny folkehelselov og plan- og bygningslovens bestemmelser, og arbeidet med utvikling av veiledere om fysisk aktivitet fortsetter i 2013.

Ny stortingsmelding om idrett er lagt fram i 2012, jf. Meld. St. 26 (2011–2012). Meldingens oppmerksomhet på tilrettelegging av tilbud som favner alle barn og unge og som forhindrer tidlig frafall fra idretten, på anleggsutvikling med appell til ungdom og egenorganisert fysisk aktivitet samt sterkere satsing på friluftsliv, er viktig for økt fritidsaktivitet for flere.

I Meld. St. 21 (2011–2012) Norsk klimapolitikk, foreslås bevilgningene til gang- og sykkelveier doblet i forhold til nivået i Nasjonal transportplan. Bedre tilrettelegging for sykkel og gange gir en vinn-vinn-situasjon gjennom mer aktiv og miljøvennlig transport til og fra skole, jobb og fritidsaktiviteter.

Arbeidet med å revidere de nordiske næringsstoffanbefalingene som også inkluderer anbefalingene for fysisk aktivitet for voksne, forventes slutført i 2012. Folkeopplysning om fysisk aktivitet og helse og motivering til en aktiv livsstil var et uttalt mål i Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009). Et annet mål var å legge samfunnet bedre til rette for fysisk aktivitet. Økt bevissthet og kunnskap i befolkningen om uheldige helsekonsekvenser ved stillesitting og fysisk inaktivitet må i tillegg ha oppmerksomhet framover.

Smittevern

Smittevern er å beskytte befolkningen mot smittsomme sykdommer og hindre at sykdommer

overføres. Dette inkluderer et godt nasjonalt vaksinasjonsprogram. Smittevernloven skal sikre at myndighetene setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet og at rettsikkerheten til den enkelte ivaretas.

Særlig prioriterte områder er å forebygge antimikrobiell resistens, redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner, redusere nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner og sikre at alle som er hiv-smittet får god oppfølging, å sørge for at staten har et faglig oppdatert og godt tuberkuloseprogram, samt god beredskap mot pandemisk influensa. Disse områdene følges bl.a. opp gjennom nasjonale strategier og beredskapsplaner.

Infeksjoner som oppstår som følge av opphold i helseinstitusjoner, påfører pasientene økt lidelse og i noen tilfelle død, og representerer store kostnader for helsetjenesten. Med bakgrunn i studier av forekomsten av sykehusinfeksjoner i Norge er det beregnet at 50 000 pasienter som hvert år innlegges i sykehus, får en sykehusinfeksjon som vil forlenge oppholdet med fire dager, dvs. til sammen 200 000 dager. I tillegg til de direkte kostnadene for helseforetakene kommer sykepenger, tapt arbeidsfortjeneste, produksjonstap mv. Flere eldre pasienter, mer avanserte behandlinger i helsetjenesten, og det at pasienter skrives raskere ut fra sykehus vil bety at problemet vil øke framover både i sykehus og kommunale sykehjem og utenfor institusjoner.

Et annet, økende problem er infeksjoner med antibiotikaresistente mikrober. Økt forekomst av antibiotikaresistens skyldes økt forbruk av antibiotika og økt spredning av resistente mikrober. Internasjonale undersøkelser viser en betydelig økt forekomst av resistente sykdomsframkallende mikrober hos både dyr og mennesker. I følge en fersk rapport fra European Centre for Disease Control (ECDC) og European Medicines Agency (EMA), dør allerede mer enn 25 000 pasienter i EU hvert år av infeksjoner forårsaket av bakterier som er resistente mot flere antibiotika, såkalte multiresistente bakterier. ECDC og WHO anser antimikrobiell resistens for å være en av de største helsetruslene i Europa.

Utviklingen går i samme retning i Norge, men det er fortsatt lavere forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antimikrobiell resistens enn i nesten alle europeiske land. Dette kan fort endre seg dersom spredningen i antimikrobiell resistens fortsetter. Samtidig foregår det lite utvikling av nye legemidler på området. Verden kan derfor om få år stå overfor en situasjon hvor en rekke sykdommer ikke lenger kan behandles

(både infeksjonssykdommer og andre sykdommer som kreft og transplantasjonskrevende tilstander) pga. resistente mikrober.

Nois-registerforskriften (Norsk overvåkings-system for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner) er med virkning fra sommeren 2012 utvidet til å omfatte overvåking av antibiotikabruk i helseinstitusjoner uavhengig av behandlingsindikasjon. Virkeområdet er også utvidet til å omfatte sykehjem. Det er fra og med september 2012 satt i verk kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i Nois og som utføres på det enkelte sykehus.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender ble lansert i januar 2011. Infeksjoner og feil bruk av legemidler er de to vanligste årsakene til pasientskader i helse- og omsorgstjenesten og er sentrale innsatsområder. Kampanjen involverer både spesialist- og primærhelsetjenesten, og målsettingen er å redusere forebyggbare pasientskader med 50 pst. i løpet av fem år. Dette vil innebære at om lag 80 færre pasienter skades daglig sammenliknet med i dag. Aktiviteter som settes i gang skal danne grunnlag for det varige pasientsikkerhetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Det vises omtale under kap. 725.

Den nasjonale strategien for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens utløper i 2012. Videreføring og videreutvikling av arbeidet vil bl.a. behandles i stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som fremmes i løpet av 2012.

Det ble opprettet et eget kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten i 2011. Antibiotikasenteret for primærmedisin har sammen med Helsedirektoratet revidert de Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Det er et pågående arbeid med nye faglige retningslinjer for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten.

Norge deltar i Joint Programme Initiative on Antimicrobial Resistance. Dette er et medlemslandsinitiert EU-initiativ hvor 18 EU/EØS-land deltar. Målet er innen 15 år å bygge opp faglig gode og konkurransedyktige forskningsmiljøer på antibiotikaresistens i deltagerlandene. Utvikling av nye diagnostika og antibiotika er to av temaene.

I 2011 ble 269 personer diagnostisert med hiv-infeksjon i Norge, 190 menn og 79 kvinner. Det er en svak økning fra 258 tilfeller i 2010. Økningen skyldes hovedsakelig fortsatt økning av hivsmitte blant menn som har sex med menn, samt innvandrere smittet før ankomst til Norge.

Resultatene fra den norske delen av European MSM Internet Survey (EMIS) viser bl.a. relativt

høy grad av ubeskyttet sex blant respondentene og at konsekvent kondombruk og testfrekvensen blant menn som har sex med menn må bedres.

Arbeidet med å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, særlig blant menn og ungdom, skal videreføres og målrettes bedre. For bedre å ivareta mennesker som lever med hiv, har direktoratet gjennomført to kurs i motiverende samtaler for helsepersonell som arbeider med hivpositive. Helse Sør-Øst har i samarbeid med Helsedirektoratet utviklet et lærings- og mestringkurs for pasienter med hiv, og det er etablert et eget pasientråd ved Oslo universitetssykehus. Olafiaklinikken har åpnet et nytt tilbud om hurtigtest til gruppen menn som har sex med menn. De har også utarbeidet en prosedyreveileder for bruk av hurtigtest for hiv, som kan brukes ved lavterskeltilbud over hele landet. Økt testfrekvens blant særlig sårbare grupper er en viktig forutsetning for å bremse nysmitte. Det målrettede arbeidet for å øke testfrekvensen skal videreføres og intensiveres i 2013.

Med et økende antall personer som lever med hiv øker også samfunnets behov for oppdatert kunnskap om det å leve med hiv i dag. God kunnskap om behandlingsmuligheter, livsutsikter og smitterisiko vil kunne minske ev. stigmatiserende oppfatninger i befolkningen av personer som lever med hiv. Nye tiltak for å øke kunnskapen i befolkningen skal settes i verk i 2013.

Arbeidet med å øke samhandlingen mellom infeksjonsmedisinske fagmiljøer og allmennhelse-tjenestene for hivpositive skal videreføres sammen med profesjons- og brukermiljøene.

Regjeringen oppnevnte i desember 2010 et utvalg som skal se på reguleringen av allmennfarlige smittsomme sykdommer i straffeloven. Utvalget skal bl.a. vurdere om det er hensiktsmessig å bruke straffeloven til å rettsforfølge smittfarlig adferd. Utvalget skal avgi sin innstilling i løpet av oktober 2012.

Helsedirektoratet har i løpet av 2012 gjennomført en midtveisevaluering av Nasjonal hivstrategi Aksept og mestring (2009–2014) og foreslått revideringer og operasjonaliseringer av tiltakene i strategien.

Tuberkulose utgjør et helseproblem i Europa. Dette gjelder særlig i landene i det tidligere Sovjetunionen, men også etter hvert i Vest-Europa pga. migrasjon. Forekomsten øker i flere land. Også forekomsten av resistant- og multiresistent tuberkulose øker. I Norge forekommer tuberkulose hovedsakelig blant yngre utenlandsfødte og eldre norskfødte personer. Årlig får mellom 300 og 400 personer diagnosen og dette har økt jevnt

siden slutten av 1990-tallet. Økningen skyldes utelukkende sykdom blant utenlandsfødte. Det er lite nysmitte i Norge og innvandring har så langt ikke medført vesentlig økt spredning av tuberkulose i Norge. Det er fortsatt lite resistens, men alvorlig resistens forekommer. De siste årene har det vært en kraftig økning i forebyggende behandling.

Etter invitasjon fra departementet gjennomførte EUs smittevernbyrå (ECDC) i samarbeid med WHO's regionskontor og norske helsemyndigheter i 2011 en gjennomgang av det norske tuberkulosearbeidet. Gjennomgangen viste at arbeidet med tuberkulose i Norge generelt er av høy kvalitet, men pekte samtidig på enkelte forbedringspunkter særskilt knyttet til oppfølging av de som screenes for tuberkulose, gjennomgang av bruken av forebyggende behandling og registrering av dobbeltinfeksjon med tuberkulose og hiv.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 3,5 mill. kroner til kap. 710, post 01, knyttet til sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens
- 0,6 mill. kroner til kap. 719, post 60, knyttet til nettverket Sunne kommuner
- 1 mill. kroner til kap. 719, post 70, knyttet til oppfølging av nasjonale strategier på smittevernområdet
- 1,6 mill. kroner til kap. 720, post 01, knyttet til oppfølging av feltene seksuell helse/hiv og astma og allergi

Bevilgningen dekker utredninger, evalueringer, forsøksvirksomhet, informasjon og holdningsskapende arbeid i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, herunder tobakkskampanjer, kondomordningen mv.

Formålet med bevilgningen er å styrke folkehelsearbeidet innenfor bl.a. områdene smittevern, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, kosthold og ernæring, sosiale helseforskjeller, astma og allergi, ulykker og skader, radon og annet miljørettet helsevern. Kosthold og ernæring er nærmere omtalt under kap. 711.

Post 60 Kommuneutskudd

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 0,6 mill. kroner fra kap. 719, post 21, knyttet til nettverket Sunne kommuner

Bevilgningen dekker støtte til lokalt folkehelsearbeid, bl.a. gjennom kommunebaserte utviklingstiltak og lokal implementering av nasjonale prioriterte satsinger på folkehelsefeltet. Det legges vekt på inkludering av minoritetsgrupper og på utjevning av sosiale helseforskjeller. Deler av bevilgningen går til en områdebasert tverrfaglig satsing i Oslo kommune som involverer fire bydeler i Grovuddalen og bydel Søndre Nordstrand.

Post 70 Smittevern mv.

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 1 mill. kroner fra kap. 719, post 21, knyttet til oppfølging av nasjonale strategier på smittevernområdet

Bevilgningen dekker følgende tilskudd som forvaltes av Helsedirektoratet:

- tilskudd til frivillige organisasjoner for oppfølging av Nasjonal hivstrategi, Aksept og mestring
- drift av antibiotikasenteret for primærmedisin

Formålet med tilskuddsordning til frivillige organisasjoner er å redusere nysmitte med hiv skalsærlig i grupper med høy sårbarhet for hiv og at alle som lever med hiv skal sikres god behandling og oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell orientering og/eller praksis, bosted, etnisk bakgrunn og økonomi. I 2012 er det prioritert konkrete tiltak som bidrar til å forebygge nysmitte, spesielt for og med asylsøkere, flyktninger, familiegjeforente og andre med innvandrerbakgrunn, samt menn som har sex med menn. Det er videre prioritert prosjekter for økning av testfrekvensen, særlig i grupper med høy sårbarhet for hiv, å sikre god helhetlig ivaretagelse av mennesker som lever med hiv, med vekt på styrking av psykososiale tilbud, samt prosjekter som innebærer brukermedvirkning og samarbeid med andre aktører på feltet.

Tilskuddsordningen til frivillige organisasjoner for oppfølging av Nasjonal hivstrategi Aksept og mestring foreslås styrket med 1 mill. kroner i 2013.

Post 73 Fysisk aktivitet

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige organisasjoner som arbeider med fysisk aktivitet. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet.

Formålet med tilskuddsordningen er å fremme fysisk aktivitet blant fysisk inaktive grupper og særlig barn og unge som faller utenfor de ordinære idretts- og aktivitetstilbudene, herunder mennesker med nedsatt funksjonsevne. Utjevning av sosiale forskjeller i aktivitetsvaner og helse er sentralt i arbeidet. I 2012 er det lagt vekt på at tilskudd skal få fram eksempler på lokale tiltak som kan være særlig egnet for å nå fram til målgruppen. Tilskudd i 2012 gikk bl.a. til Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komite, Friluftslivets fellesorganisasjon, Den Norske Turistforening, Friluftsrådernes landsforbund, Oslofjorden friluftsråd, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norske kvinners sanitetsforening, Landslaget for fysisk fostring i skolen, Noregs Røde kors, Blå Kors Norge og Norges Parkinsonforbund, og til lokale aktiviteter i regi av lag og foreninger fordelt via landets fylkeskommuner. I 2013 skal det fortsatt legges vekt på tilrettelegging av lokalbaserte tiltak egnet for å aktivisere fysisk inaktive med sikte på erfaringsspredning av gode eksempler.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker folkehelsearbeid innenfor bl.a. områdene smittevern, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, kosthold og ernæring, sosiale helseforskjeller, astma og allergi, ulykker og skader, radon og annet miljørettet helsevern. Kosthold og ernæring er nærmere omtalt i kap. 711.

Bevilgningen dekker videre tilskudd til Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet ved HUNT forskningssenter og frivillige organisasjoner på folkehelseområdet. Tilskuddene forvaltes av Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet.

Programkategori 10.20 Helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
720	Helsedirektoratet	1 048 222	1 075 677	1 223 770	13,8
721	Statens helsetilsyn	97 921	95 308	104 076	9,2
722	Norsk pasientskadeerstatning	168 407	165 376	257 297	55,6
723	Pasientskadenemnda	42 290	43 552	48 043	10,3
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	30 660	34 569	37 159	7,5
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	181 508	137 338	165 147	20,2
726	Statens helsepersonellnemnd	6 826	8 025	8 125	1,2
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda	2 786	3 098	3 199	3,3
729	Pasient- og brukerombud	56 606	56 915	58 831	3,4
Sum kategori 10.20		1 635 226	1 619 858	1 905 647	17,6

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 587 197	1 577 902	1 771 827	12,3
70–89	Andre overføringer	48 029	41 956	133 820	219,0
Sum kategori 10.20		1 635 226	1 619 858	1 905 647	17,6

Programkategorien omfatter virksomheter som retter seg mot spesialisthelsetjenester og helsetje-

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

Kap. 720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	893 220	878 633	986 676
21	Spesielle driftsutgifter	86 631	140 603	168 311
22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	62 407	48 193	44 783
70	Refusjon helsehjelp i utlandet	5 964	8 248	24 000
	Sum kap. 0720	1 048 222	1 075 677	1 223 770

Det foreslås følgende styrkinger og tiltak:

- 1,7 mill. kroner til oppfølging av pasientrettighetsdirektivet.
- 0,5 mill. kroner til styrking av tilsyn med virksomheter som opererer på fagfeltet innesluttet bruk av genmodifisert organisme (GMO), regulert i genteknologiloven.
- 1 mill. kroner til nasjonale kvalitetsindikatorer innen kreftområdet.
- 0,5 mill. kroner til etablering av nytt system for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.
- Bevilgningen foreslås satt ned med 0,5 mill. kroner knyttet til lavere portoutgifter i Helfo ved at det foreslås å innføre 100 kroners grense for refusjon av egenandelsbeløp, se omtale under kap. 2752, post 70.
- 30 mill. kroner til utvikling av en ny elektronisk plattform i Helsedirektoratet/Helfo. Dagens IKT-systemer som Helfo anvender i sin forvaltning av helserefusjonsområdet blir i dag levert av Nav. Systemene blir utfaset over tid og Helsedirektoratet må utvikle nye IKT-systemer som også omfatter etatens tilskuddsforvaltning og elektroniske kommunikasjon med helsetjenesten for øvrig.
- 15 mill. kroner til utvikling av ny selvbetjeningsløsninger på helsenorge.no.
- 1 mill. kroner til tilrettelegging av helseportalen Helsenorge.no for minoritetsbefolkningen.
- 7 mill. kroner knyttet til styrking av standardiseringsarbeidet og forenklet skjemahåndtering
- 5 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 750, post 01, knyttet til Legemiddelverkets drift av e-reseptordningen

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er fagorgan på folke-

helse- 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 lover og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk på helse- og omsorgsområdet i tråd med føringene som departementet gir. Direktoratet har ansvaret for å oppnå fastlagte mål og prioriteringer i tråd med styringssignalene fra departementet. Direktoratet har følgende overordnede mål for sitt arbeid:

- Bedre kvalitet i helse- og omsorgssektoren
- Redusere forskjellene i helse og levekår
- Fremme faktorer som gir god helse i befolkningen

Direktoratets arbeidsmåte skal være kunnskapsbasert, tverrfaglig og helhetlig og skje i samarbeid med andre aktører nasjonalt og internasjonalt. Direktoratet skal ha et særskilt fokus på samhandling, både mellom ulike fagprofesjoner og på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivå.

Direktoratet skal også se helse i et globalt perspektiv. Direktøren representerer Norge i WHO's globale styre i inneværende periode (2010–2013). Videre sitter direktoratet i styringsgruppen for Norges arbeid med FNs helserelaterte tusenårs-mål for å redusere barne- og mødredødelighet og ivaretar funksjonen nasjonalt kontaktpunkt for EUs helseprogram og narkotikaprogram.

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) ble i 2009 etablert som Helsedirektoratets ytre etat som følge av overføring av forvaltningsansvaret på helserefusjonsområdet. Helfo består av 6 regionale enheter, Helfo Pasientformidling, Helfo Utland og Helfo hovedkontor og servicesenter i Tønsberg. Helsedirektoratet med ytre etat ivaretar sentrale helserettigheter gjennom utvikling og forvaltning av viktige stønadsordninger for befolkningen.

Helfo har i underkant av 600 årsverk og forvalter om lag 26 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:

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

Helsedirektoratet etablerte en egen divisjon for e-helse og IT i 2010. Bakgrunnen for dette var behovet for å styrke myndighetsrollen på feltet. I 2012 ble Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH) innlemmet. Det er et mål at behov for it-støtte blir en integrert del av alle oppgaver Helsedirektoratet og helsesektoren skal løse.

Hovedtyngden av Helsedirektoratets arbeid er knyttet til oppfølging av oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, herunder forvaltning av bevilgninger som departementet stiller til disposisjon for etaten. Omtalen av utviklingen på de forskjellige fag- og politikkområder hvor Helsedirektoratet har en rolle, er innarbeidet i teksten under de ulike tilskudds- og refusjonsordninger. Under kap. 720, post 01 begrenses omtalen til de viktigste tiltakene i direktoratet i 2011 og 2012:

- Oppfølging av terroranslagene 22. juli.
- Implementering av de nye finansieringsordningene for kommunal medfinansiering og for utskrivningsklare pasienter.

- Støtte til kommunene til etablering og videreutvikling av frisklivssentraler, etablering av lokalmedisinske sentre og lokale samhandlingstiltak.
- Lansering av nye nasjonale kostråd for å fremme folkehelsen.
- Publisering av rapporten Samdata og utvikling av en rapport om Samhandlingsstatistikk.
- Publisering av månedlig ventelistestatistikk.
- Implementering av ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi.
- Oppfølging av tiltak under Omsorgsplan 2015.
- Utarbeidelse av faglige retningslinjer og veiledere på en rekke områder.
- Bidrag til en bedre geografisk fordelingen av tannlegespesialister.
- Behandling av søknader om spesialistgodkjenning.
- Utvidelse av innholdet på informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg.
- Saksbehandlingstiden for utredning av søknader som reiser spørsmål av helsefaglig karakter fremmet gjennom Stortingets rettferdsvederlagsordning er fortsatt for lang.
- Gjennomføring av prioriterte innsatsområder innen elektronisk samhandling som oppfølging Samspill 2.0-strategien, Nasjonalt meldingsløft, kommunesatsning, e-resept og arbeidet med nasjonal kjernejournal.
- Lansering av den offentlige helseportalen www.helsenorge.no.
- Styrket sitt arbeid rettet mot EU og Verdens helseorganisasjon.
- Tsunami og påfølgende atomhendelse i Japan (Fukushima) førte til høy aktivitet.
- Publisering av rapporten Nøkkeltall for Helse-sektoren for 2011.
- Oppfølging av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!

Helserefusjonsområdet

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) er Helsedirektoratets ytre etat. 2011 har bl.a. vært preget av:

- Utfordringer knyttet til implementering og forvaltning av ny refusjonsordning for helsetjenester (planlagt ikke-sykehusbehandling) mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdlovens § 5-24 a. Saksinngangen har vært høyere enn forutsatt, og sakene har også vist seg å være mer komplekse enn tidligere antatt. Antall restanser har vært økende i 2011.
- Høy aktivitet på søknadsbehandling til brukere og utbetaling av refusjonskrav til samhandlere. Det er bl.a. mottatt og behandlet om lag 103 500 søknader om refusjon av utgifter til

legemidler og 66 000 individuelle søknader om refusjon av utgifter til tannbehandling.

- Antall henvendelser til Helfo Servicesenter økte til 650 000 henvendelser. Undersøkelser viser at brukertilfredsheten gjennomgående er meget høy.
- Utarbeidelse av risikoanalyser og kontrollstrategier for nasjonale og regionale kontrollplaner for helserefusjonsområdet.
- Utfordringer innenfor utenlandsområdet knyttet til forordninger og forpliktelser overfor EØS, komplisert regelverk, mangel på gode styringsdata og begrenset systemstøtte.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 4,98 mill. kroner fra kap. 718, post 21 knyttet til oppfølging av rusfeltet ved at prosjektstillinger omgjøres til faste stillinger.
- 1,6 mill. kroner fra kap. 719, post 21 knyttet til arbeidet med helse/hiv og astma/allergi ved at prosjektstillinger omgjøres til faste stillinger.
- 0,8 mill. kroner fra kap. 781, post 21 knyttet til registerdata for prehospitaltjenester. Arbeidet er en fast oppgave og utgiftene overføres til Helsedirektoratet.
- 0,41 mill. kroner til kap. 781, post 21 knyttet til abort- og steriliseringsnemndene.
- 35 mill. kroner fra Arbeidsdepartementet (kap. 605, post 01) knyttet til Helsedirektoratets/Helfos overtakelse av driftsfunksjoner fra Nav. Det er Nav som i dag leverer IKT-tjenestene knyttet til forvaltning av bevilgningene på helserefusjonsområdet. Innholdet i tjenestene og de økonomiske rammene for arbeidet er regulert gjennom egne avtaler mellom Nav og Helsedirektoratet/Helfo.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Hoveddelen av bevilgningen dekker Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013 (Samspill 2.0). Det foreslås følgende styrkinger og tiltak:

- 15 mill. kroner til utvikling av nye selvbetjeningsløsninger på helsenorge.no
- 7 mill. kroner knyttet til styrking av standardiseringsarbeidet og forenklet skjemahåndtering

Nasjonal kjernejournal

Arbeidet med å etablere en nasjonal kjernejournal startet i 2012. Tiltaket framheves som et viktig strategisk tiltak i samhandlingsreformen. Mangel på livsviktig og kritisk informasjon om pasienten kan føre til utilsiktede hendelser, skade og dødsfall og unødvendige sykehusinnleggelse. Formålet med en kjernejournal er økt pasientsikkerhet gjennom tilgang til livsviktig informasjon som legemidler (medisinkort), allergier og annen kritisk informasjon. Tilgang til slik informasjon vil være av vesentlig betydning for både fastlegene, pleie- og omsorgstjenesten, legevakten, akuttmottak på sykehus og internt i sykehus. Lovendringer for opprettelse av nasjonal kjernejournal ble vedtatt i 2012. Det er også inngått avtale med hovedleverandør om utvikling av kjernejournalen. Målet er at første versjon av kjernejournalen skal være klar for pilotering høsten 2013. Første versjon av kjernejournalen vil innholde en oversikt over de legemidler pasienten har fått utlevert fra apotek, e-resepter som ikke er hentet, legemiddelallergier, kritisk informasjon om pasienten, og pasientens kontakter med helsetjenesten. Det er lagt opp til gjenbruk av informasjon i sentrale registre som Norsk pasientregister og Reseptformidleren (databasen for elektroniske resepter). Det legges opp til at den tekniske driften av nasjonal kjernejournal ivaretas av Norsk Helsenett SF. Brukerne av kjernejournal vil i første fase være fastleger og aktørene i den akuttmedisinske kjeden. Det forutsettes trinnvis videreutvikling, med gradvis utvidelse av innhold og omfang.

Helsenorge.no

Helse- og omsorgssektoren må i mye større grad enn i dag involvere pasientene og brukerne. Dette gjelder både for å styrke det forebyggende arbeidet og som del av behandlingsforløpet. Erfaring fra andre land viser at informasjon, selvbetjening og dialog på nett kan bedre behandlingen og samtidig gi innsparing. Som et ledd i dette ble nasjonal helseportal, helsenorge.no, lansert i juni 2011. Helsenorge.no skal tilby digitale tjenester for en enklere hverdag for pasienter og brukere i møte med helse- og omsorgssektoren. Portalen skal inneholde kvalitetssikret informasjon om sykdom og behandling, og veiledning til tjenestetilbud og rettigheter. I tillegg er det et mål at helsenorge.no skal tilby tilgang til egen helseinformasjon (Min helse), mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell, og selvbetjeningsløsninger som timebestilling og fornying av resept. Portalen skal fun-

gere som en integrert del av helsetilbudet og på sikt også inkludere telefontjeneste. I 2013 skal portalen videreutvikles. Bedre funksjonalitet og flere selvbetjeningsløsninger skal etableres. Mer av innholdet skal oversettes til flere språk og det skal legges til rette for å informere innvandrerbefolkningen om relevant helsespørsmål. Flere kvalitetsindikatorer skal presenteres. Refusjonsordningen ved transport til og fra behandling (pasientreiser) skal forenkles. I dag sendes store mengder papirskjema og kvitteringer til behandling. En elektronisk løsning som er tilgjengelig via helsenorge.no (Mine pasientreiser) planlegges etablert.

Standardisering

En forutsetning for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, er bruk av felles arkitektur og standarder for samhandling. Slike standarder inkluderer også standarder for telemedisinske løsninger. Per i dag er bruk av standarder basert på frivillighet. Det arbeides med en forskrift om sentrale funksjonskrav og standardisering. Forskriften vil også omhandle krav om sertifisering av funksjonalitet i de viktigste IKT-systemene i helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet er ansvarlig for forskriften og rammeverket som ligger til grunn for en framtidig sertifiseringsordning. En sertifiseringsordning skal sikre at systemer fungerer sammen og utveksler informasjon korrekt for å understøtte helsehjelpen som gis. Som en del av en sertifiseringsordning, foreslås å etablere muligheter for å teste funksjonalitet i IKT-systemene. Det foreslås at dagens test- og godkjenningsordning for meldinger videreutvikles ved at det etableres et eget testsenter for hele helse- og omsorgssektoren i Norsk Helsenett SF. Testsenteret skal inneholde ulike versjoner av systemer hvor funksjonalitet kan testes ut. Videre skal testsenteret tilby bistand til aktørene i testperioden. Helsedirektoratet skal bistå Norsk Helsenett SF i etableringen av testsenteret.

Informasjonssikkerhet

Helsedirektoratet har en sentral rolle i arbeidet med informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Som del av dette arbeidet skal direktoratet følge opp forskriften om informasjonssikkerhetsarbeid.

Helsedirektoratet skal samarbeide med Norsk Helsenett SF om oppgavefordeling og organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet i helse- og omsorgssektoren, herunder oppfølgingen av

Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren.

Det foreslås å etablere sikker identifisering av helsepersonell. En mulig løsning kan være etablering av et profesjonskort med eID (høyt sikkerhetsnivå). Løsningen må etableres i henhold til en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur og omfatte alle aktørene i sektoren. Løsningene skal understøtte både lokale og nasjonale behov som f.eks. e-resept, nasjonal kjernejournal og tilgang til opplysninger på tvers av virksomhetsgrenser.

Arkitektur

Elektronisk samhandling skal bidra til å nå målene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i tråd med samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012. Mer og mer av informasjonsutvekslingen går elektronisk, men det er behov for å se på løsninger som muliggjør et mer fleksibelt og enhetlig kommunikasjonsmønster, og som sikrer at aktørene får tilgang til rett informasjon til rett tid, jf. Regjeringens digitaliseringsprogram – På nett med innbyggerne. Det foreslås derfor en gjennomgang og samordning av de administrative registrene som er viktig for samhandlingen. Det foreslås også en gjennomgang av arkitektur i sektoren som kan sikre en mer effektiv samhandling. I tillegg foreslås det at Helsedirektoratet skal bidra til utvikling av standarder og løsninger for forenklet skjema-håndtering.

Koordinering

Utvikling og innføring av IKT i helse- og omsorgssektoren må være helhetlig, samordnet og koordinert. Det er derfor behov for nasjonale arenaer hvor slik koordinering kan foregå. Kunnskap om bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren er sentralt i arbeidet. Helsedirektoratet skal bistå i dette arbeidet.

Samhandlingsreformen

Det foreslås videreført 19,7 mill. kroner til gjennomføringsarbeidet knyttet til samhandlingsreformen, herunder Helsedirektoratets arbeid med å følge opp reformen, drifting av det nasjonale nettverket for gjennomføring av reformen, samt til KS for å understøtte gjennomføringsprosesser lokalt og sentralt. Helsedirektoratet får også midler til å drifte et sekretariat for en nasjonal uavhengig tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren. Tvisteløsningsnemnda ble opprettet i 2012 og skal stå til partenes disposisjon ved ev. uenighet om de lokale samarbeidsavtalene. Det er opp til partene

selv om man ønsker å legge fram uenigheter for nemnda, og uttalelsene fra nemnda er rådgivende. Det ble i 2011 etablert et fireårig gjennomføringsprosjekt for samhandlingsreformen. Det er inngått en intensjonsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om gjennomføring av reformen.

Nasjonalt legevaktnummer 116 117

Et nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktsentraler vil bedre tilgjengeligheten til legevakt for innbyggerne. Helsedirektoratet er derfor gitt i oppdrag å etablere en ordning med felles legevaktnummer. Prosjektet ble startet i 2011. Et pilotprosjekt i Østfold med EU-harmonisert telefonnummer 116 117 startet i februar 2012. Prosjektet er så langt vellykket, men erfaringer viser at det tar tid å innarbeide et nytt nummer. Antallet oppringninger til legevakt ser også ut til å være høyere enn tidligere beregnet. Prosjektet i Helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin arbeider parallelt opp mot kommunene for å tilrettelegge organisatorisk og teknisk for en landsdekkende ordning som nå planlegges i 2013. Prosjektet i Helsedirektoratet har en viktig koordinerende rolle også når det gjelder tilpasning til og understøttelse av nødnett og annen virksomhet i den akuttmedisinske kjeden som angår kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det vises for øvrig til omtale av legevakt under kap. 762.

Post 22 Elektroniske resepter

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 5 mill. kroner til kap. 750, post 01, knyttet til Legemiddelverkets drift av e-reseptordningen

E-resept er etablert som 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 med mindre risiko for feilekspederinger, og elektronisk oversikt over egne resepter. I løsningen 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 og løsning for refusjonsoppgjør mellom apotek og staten. Tjenesten Mine resepter gir den enkelte oversikt over gyldige elektroniske resepter. Tjenesten er tilgjengelig på helseportalen hel-senorge.no.

Nasjonalt utbredelse av elektronisk resept ble startet i juni 2011, og målet er at elektroniske resepter skal være i bruk over hele landet i 2013. For å bidra til raskere nasjonal utbredelse av løsningen, har e-reseptprogrammet utviklet en generell forskrivningsmodul. Denne vil gjøre det mulig for legene å bruke elektronisk resepter selv om de ikke har pasientjournalprogram som gir full støtte for elektronisk resept. Elektroniske resepter innføres nå ved legekontor, legevakter, apotek og bandasjister. Det er også et mål at elektronisk resept skal innføres i helseforetakene. Utbredelse av eID (høyt sikkerhetsnivå) for elektronisk signering av resepter er en utfordring for helseforetakene, og har forsinket innføring av e-resept på helseforetak til nå.

E-reseptløsningen skal videreutvikles for ytterligere grad av beslutningsstøtte om legemidler ved forskrivning og for å støtte bruk av multidose i pleie- og omsorgssektoren. Multidose brukes ikke av alle kommuner, men sammen med multidose må det lages løsning for kommunikasjon av gjeldende legemidler i bruk fra legenes journalsystemer. Legemidler i bruk vil, når det implementeres i journalsystemene, også være sentralt som informasjonselement i nasjonal kjernejournal for å realisere målet om oppdaterte og aktuelle legemiddellister. Dette til bruk ved legemiddelgjennomganger eller for samstemming av medisinlister.

EU-kommisjonen utlyste i 2007 midler for etablering av grensekryssende e-helsetjenester for å understøtte europeisk pasientmobilitet. Prosjektet epSOS (Smart Open Services for European Patients) ble etablert i 2008 og varer ut 2013. Prosjektet har knytning til Direktivet om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, som skal implementeres i EUs medlemsland sin lovgivning innen oktober 2013. Pilotering med faktiske pasientdata startet 13. april 2012. Spania, Frankrike, Østerrike, Hellas og Italia har etablert epSOS-tjenester hos enkelte aktører i 2012, og flere land jobber med oppstart. Prosjektet omfatter utveksling av resepter og oppsummerte pasientopplysninger. Norge har vært konsortiemedlem i epSOS siden 2011. Norsk deltakelse i epSOS skal realiseres i 2013 basert på bruk av elektroniske resepter.

Post 70 Refusjon helsehjelp i utlandet

Det vises til omtale av refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land under programområde 30 Stønad ved helsetjenester. Ordningen ble innført 1. januar 2011. Helfo skal refundere midler til pasienter innenfor bl.a. allmennlegetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen jf. tannhelse-

tjenesteloven, ikke-sykehusbehandling i spesialisthelsetjenesten og fysioterapi over posten. Det ble utbetalt refusjoner for 6 mill. kroner på posten i 2011. Det har vært en økning i utbetalingene, og i første halvår 2012 ble det utbetalt vel 11 mill. kroner. 95 pst. av disse gjaldt fysioterapibehandling i utlandet. Det foreslås bevilget 24 mill. kroner i 2013.

Kap. 3720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
02	Diverse inntekter	26 166	2 559	2 643
03	Refusjon helsehjelp i utlandet	2 801	8 248	24 000
04	Gebyrinntekter	1 228	3 031	3 131
15–18	Refusjon lønnsutgifter	30 195		
	Sum kap. 3720	57 471	13 838	29 774

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er bl.a. knyttet til salg av trykksaker og publikasjoner.

kap. 3720, post 03 vil øke. Det foreslås at inntektene settes til 24 mill. kroner i 2013.

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. Det har vært en økning i utbetalingene over kap. 720, post 70 i 2012, og innbetalingene på

Post 04 Gebyrinntekter

Helsedirektoratet har ansvar for å godkjenne enkeltsoknader om spesialistgodkjenning fra yrkesorganisasjonene, jf. kap. 783, post 79. Ordningen innebærer at det betales gebyr. Gebyrene omfatter spesialistgodkjenning av leger, optikere og tannleger. Det fastsettes også gebyrer for resertifisering av allmennleger. Inntektene fra gebyrene føres over denne posten. For 2013 er inntektene anslått til 3,1 mill. kroner.

Kap. 721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	91 921	89 122	91 686
21	Spesielle driftsutgifter	6 000	6 186	12 390
	Sum kap. 0721	97 921	95 308	104 076

Det foreslås å styrke budsjettet til Statens helsetilsyn med 6 mill. kroner for å bedre kapasiteten til å håndtere meldinger om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. For å sikre rask tilsynsmes-

sig oppfølging ble det i 2010 etablert en utrykningsgruppe som en prøveordning. Det vises til omtale under post 21. De regionale helseforetakene skal sørge for at spesialisthelsetjenesten

varsler Statens helsetilsyn umiddelbart etter at alvorlige hendelser har skjedd. Denne ordningen, der varsler fra sykehusene om alvorlige hendelser blir sendt til Statens helsetilsyn, ble lovfestet fra 1. januar 2012. Som alvorlige hendelser menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet. Formålet med ordningen er å sikre raskere og bedre opplyste hendelsesforløp/saksforhold og dermed også redusert saksbehandlingstid i alvorlige tilsynssaker. Tidlig dialog med de som er involvert og berørt av hendelsen vil kunne gi bedre oversikt over hendelsesforløpet og sikre relevante saksopplysninger. På grunnlag av den informasjonen tilsynsmyndigheten får i forbindelse med varslingen, blir det tatt stilling til videre tilsynsmessig oppfølging. I 2011 mottok Statens helsetilsyn 140 varsler. 14 av varslene ble fulgt opp med utrykning/stedlig tilsyn i om lag 20 virksomheter for å få sakene tilstrekkelig opplyst. Mange av varslene som ikke fører til utrykning, blir overført til Fylkesmannen i vedkommende fylke for rask oppfølging derfra. I 2011 gjaldt dette 67 varsler. Disse sakene behandles som vanlige tilsynssaker.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester i Nav og helse- og omsorgstjenester, og er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter. Fylkesmannen er klage- og tilsynsinnsinstans og fører tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester i Nav, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid.

Statens helsetilsyn fører selv tilsyn på medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker etter lov om medisinsk og helsefaglig forskning, samt tilsyn med blodbanker og virksomheter som håndterer humane celler og vev. Basert på avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet fører også Statens helsetilsyn tilsyn med Forsvarets helsetjenester til norsk militært personell som tjenestetgjør i utlandet for avtaleperioden 2010–2012. Avtalen skal evalueres i løpet av 2012.

Det overordnede tilsynet innebærer å ha oversikt over sosiale og helsemessige forhold i befolkningen med særlig vekt på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter. Som overordnet myndighet er det også Statens helsetilsyns ansvar å ha god styring av tilsynet med tjenestene, herunder sørge for koordinering og harmonisering av tilsynet, vedlikehold og styrking av kompetanse, utvikling av tilsynsmetodikk, oppfølging av tilsyn og formidling av tilsynserfaringer.

Fylkesmannens klagebehandling, tilsyn og rådgivning skal medvirke til at:

- befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester i Nav og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig
- barneverntjenester er til barnas beste
- svikt i tjenestene forebygges
- folkehelsearbeid i kommuner og fylkeskommuner ivaretas
- ressurser i tjenester brukes på en forsvarlig og effektiv måte

I tillegg skal tilsyn bidra til at befolkningen har tilitt til personell og tjenester.

Prioritering av områder for planlagt tilsyn 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 barn og deres familie og andre tjenestemottakere er alvorlige, eller der de som trenger tjenester ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser. Saksområder med høyest prioritet er:

- hendelsesbaserte tilsynssaker hvor det er viktig å gripe inn raskt
- klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven og lov om sosiale tjenester i Nav hvor det er av stor betydning for brukerens rettsstilling eller helsesituasjon at saken behandles raskt
- klagesaker og planlagt tilsyn regulert i forskrifter til barnevernloven
- gjennomgang/overprøving av tvangstiltak etter pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Deretter kommer landsomfattende tilsyn og annet planlagt tilsyn.

Presentasjon av enkelte av tilsynserfaringene er plassert i tilknytning til omtalen av de berørte tjenesteområdene. Det vises til Statens helsetilsyn sine hjemmesider og årsrapport for øvrige tilsynserfaringer og bredere omtale av dem samt omtale av Helsetilsynets måloppnåelse. Departementet følger tilsynserfaringene og måloppnåelsen nøye.

Virksomheter som har fått påpekt avvik fra tilsynsmyndigheten, skal sørge for at disse lukkes. Tilsynsmyndigheten følger med på at dette skjer.

I 2011 gjennomførte fylkesmennene 1028 tilsyn med 181 barnevernsinstitusjoner, medregnet fosterhjem som tar imot barn med atferdsvansker. På barnevernsinstitusjonene var det totalt 3309 barn, og det ble gjennomført 1341 samtaler. Sta-

tens helsetilsyn og fylkesmennene hadde gjennom 2011 fokus på viktigheten av samtaler med barn på institusjonene, og at det legges praktisk til rette for at samtaler blir gjennomført.

Fylkesmennene gjennomførte i 2011 landsomfattende tilsyn med kommunenes arbeid med undersøkelser og evaluering av hjelpetiltak til hjemmeboende barn i 66 kommuner. Temaene var om kommunene sikrer tilstrekkelige og forsvarlige undersøkelser, og tilstrekkelige og forsvarlige evalueringer av hjelpetiltakene. I tillegg har de undersøkt om kommunene i disse prosessene snakker med og informerer barna. Det samme tilsynet blir videreført i 2012.

Fylkesmennene gjennomførte i 2011 98 tilsyn etter lov om sosiale tjenester i Nav, hvorav 95 var med kommunens forvaltning av økonomisk stønad. På grunn av forsinkelser i arbeidet med utforming av forskrift og rundskriv til lov om sosialtjenester i Nav, er det landsomfattende tilsynet med Kvalifiseringsprogrammet utsatt til 2013/2014.

Fylkesmennene gjennomførte i 2011 til sammen 143 tilsyn tilsvarende systemrevisjoner etter sosialtjenesteloven og 374 tilsyn tilsvarende systemrevisjoner med helsetjenesten. Over halvparten av systemrevisjonene rettet mot helsetjenesten var del av landsomfattende tilsyn med tjenester til eldre og landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp i kommunal helsetjeneste. For tilsyn etter sosialtjenesteloven utgjorde landsomfattende tilsyn med tjenester til eldre den største andelen.

I 2011 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp i kommunale helsetjenester. Det ble gjennomført tilsyn med sykehjem i 43 kommuner og bydeler over hele landet.

Innenfor den fireårige satsingen på tilsyn med tjenester til eldre (2009–2012) var hovedaktiviteten i 2011 landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til eldre med hjerneslag og hoftebrudd, men det ble også gjennomført 195 tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til eldre etter samme opplegg og veiledere som i 2010.

Statens helsetilsyn har det overordnede ansvaret for tilsyn med bruk av tvang og makt overfor

personer med psykisk utviklingshemning. Statens helsetilsyn ferdigstilte i 2011 retningslinjer for fylkesmennenes behandling av meldte beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, overprøving av vedtak, behandling av klagesaker og søknader om dispensasjon fra utdanningskrav.

Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn med akuttmedisinske tjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet. Det ble foretatt undersøkelser ved ulike enheter i Forsvaret som har funksjoner knyttet til tilsynsystemet. I månedsskiftet september/oktober 2011 ble tilsyn gjennomført i Mazar e Sharif og Meymaneh i Afghanistan. Det ble ikke avdekket avvik innenfor de områder tilsynet omfattet.

Statens helsetilsyn satte i 2011 i gang arbeid med en risikoanalyse av medisinsk og helsefaglig forskning. Arbeidet vil bli ferdigstilt med en rapport i 2012.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 0,45 mill. kroner til kap. 725, post 01, knyttet til meldeordningen for helsetjenesten.

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til utrykningsgruppen ved alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelige skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet ut fra påregnelig risiko. Denne gruppen ble opprettet for en prøveordning på to år.

En evaluering av utrykningsgruppen vil bli presentert i Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, som legges fram høsten 2012.

For å bedre kapasiteten i Helsetilsynet til å håndtere meldinger om alvorlige hendelser slik at det blir samsvar mellom ressurser og antall meldinger, foreslås det å styrke budsjettet med 6 mill. kroner.

Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	126 342	131 668	147 477
70	Advokatutgifter	31 476	31 853	32 904
71	Særskilte tilskudd	10 589	1 855	76 916
	Sum kap. 0722	168 407	165 376	257 297

Det foreslås 11,3 mill. kroner til styrking av driftsbudsjettet og til IKT-investeringer. IKT-investeringene omfatter også investeringer i IKT i Pasientskadenemnda. Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda samarbeider om etablering av ny IKT-plattform.

Det foreslås å bevilge 75 mill. kroner til dekning av erstatningsutbetalinger hvor staten har et særlig ansvar, som for vaksineskader. Bevilgningsforslaget er i all hovedsak en konsekvens av at det er funnet en overhyppighet av narkolepsi hos barn (4–19 år) som ble vaksinert med Pandemrix mot Influensa A (H1N1) høsten 2009.

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 virk-

somhet 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 2011 har NPE mottatt i overkant av 54 000 erstatningskrav. Saksmengden, unntatt legemiddelsaker, økte beskjedent fra 4276 saker i 2010 til 4305 saker i 2011. 345 av sakene knyttet seg til privat sektor.

I 2011 fikk 1402 pasienter medhold i sitt krav om erstatning, mens 2847 fikk avslag. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på 33 pst.

I 2011 ble erstatningsutbetalingene i offentlig sektor om lag 805 mill. kroner. Dette er en økning på i underkant av 2 pst. fra 2010. Det ble utbetalt i overkant av 16 mill. kroner i saker knyttet til privat sektor. Det forventes en viss økning i erstatningsutbetalingene i 2012 og 2013. For saker hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2011, ble det i gjennomsnitt utbetalt 708 000 kroner per sak, varierende fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til ni millioner kroner.

I 2011 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker med hensyn til om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 358 dager, mot 405 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om erstatning, var 364 dager, mot 423 dager året før.

Det har vært en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Avviklingen økte for tredje år på rad i 2011. NPE forventer å oppnå minst samme avvikling i 2012 som i 2011.

Det forventes en viss nedgang i den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for ansvarsvedtak i 2012, og en ytterligere nedgang i 2013.

Norsk pasientskadeerstatning vil videre fortsette arbeidet med utnyttelse av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Virksomheten ser særlig mulighetene som ligger i å presentere det statistiske materialet på en måte som setter søkelys på og skaper interesse for forskjellige skadeområder, og vil i løpet av 2012 ha på plass en nettbasert portal for de regionale helseforetakene/helseforetakene som vil gi enkelt tilgang til egne skadestatistikker.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

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 Norsk pasientskadeerstatning og i forbindelse med en ev. klage over vedtak i Norsk pasientskadeerstatning til Pasientskadenemnda.

Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
02	Diverse inntekter	943	1 240	1 281
50	Premie fra private	10 335	17 900	17 900
16–18	Refusjon lønnsutgifter	11 278		
	Sum kap. 3722	13 651	19 140	19 181

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til behandling av søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. NPE fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenestene.

Post 50 Premie fra private

Pasientskadeloven trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten 1. januar 2003, mens den ble satt i

Post 71 Særskilte tilskudd

Det foreslås å bevilge 75 mill. kroner til dekning av erstatningsutbetalinger hvor staten har et særlig ansvar, som for vaksineskader.

Det er funnet en overhyppighet av narkolepsi hos barn (4–19 år) som ble vaksinert med Pandemrix mot Influensa A (H1N1) høsten 2009. Fram til sommeren 2012 er det 39 barn som er meldt med narkolepsi etter vaksinasjon i Norge, og flere er fortsatt under utredning. I alle avtaler mellom stater og produsenter om levering av pandemivaksine er det forutsatt, med unntak for hendelser som skyldes ukorrekt fremstilling eller kontroll av vaksinen, at produsentene ikke er ansvarlig for finansiering av ev. framtidige erstatninger knyttet til ukjente skader/bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasientskadeerstatning skal behandle ev. saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og ev. skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordningen. De første vedtakene med medhold i at barna sannsynligvis har fått narkolepsi som følge av svineinfluensavaksinen Pandemrix ble gitt av NPE i februar 2012.

kraft utenfor den offentlige helsetjenesten 1. januar 2009. Det er lovfestet at den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten skal melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Ordningen innebærer at tjenesteytere som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, selv skal finansiere erstatningsordningen for privat sektor gjennom å betale tilskudd til NPE. Tilskuddene skal dekke saksbehandlingen og ev. erstatningsutbetalinger. Tilskuddene, som er fastsatt i forskrift, er differensiert i noen grupper basert på skaderisiko og

omfang av virksomheten. Ordningen med pasient-skadeerstatning for privat sektor har vært i kraft i tre år. Erfaringene hittil viser at det er behov for å justere tilskuddsatsene. Departementet har i høringsnotat av 23. august foreslått justeringer av tilskuddsatsene med virkning fra 1. januar 2013.

Tilskuddene fra privat sektor plasseres i et eget fond knyttet til privat sektor. Inntektene under post 50 er en overføring fra fondet til Norsk pasientskadeerstatning til å dekke etatens utgifter til saksbehandling av saker fra privat sektor.

Kap. 723 Pasientskadenemnda

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	42 290	43 552	48 043
	Sum kap. 0723	42 290	43 552	48 043

Det foreslås å styrke driftsbevilgningen med 3,2 mill. kroner. I tillegg er det avsatt midler til IKT-investeringer over bevilgningen til Norsk pasientskadeerstatning, se omtale under kap. 722.

Pasientskadenemnda 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. Privat helsesektor ble innlemmet i ordningen med pasientskadeerstatning fra 1. januar 2009. Nemndas medlemmer oppnevnes av departementet og består av fem medlemmer med tre sett av varamedlemmer.

Nemnda har et eget sekretariat, som utreder klagesakene og legger disse fram overfor nemnda. 20 pst. av sakene behandles av sekretariatet etter delegasjon fra nemnda. Det er fortrinnsvis saker som ikke reiser prinsipielle spørsmål som behandles etter delegasjonsfullmakten. Nemnda er i prinsippet avskåret fra å endre NPEs vedtak til ugunst for pasientene.

Fra 1. januar 2004 ble staten ved Pasientskadenemnda å anse som rette saksøkt i søksmål som tas ut mot ordningen. Fram til da hadde NPE vært rette saksøkt. Antall søksmål har økt i årenes løp, og ligger i dag på 130–140 stevninger per år.

Fra opprettelsen av Pasientskadenemnda som selvstendig organ i 2003 har saksmengden blitt tredoblet. I 2011 tok nemnda mot 1661 nye klage- og gjenopptakssaker, mens 1291 saker ble avvirket. Saksmengden økte med om lag 18 pst. fra 2010, mens det ble avvirket om lag 5 pst. flere saker i 2011 sammenliknet med foregående år. 12,6 pst. av klagesakene førte helt eller delvis

fram i favør av pasientene i 2011, hvilket er litt lavere enn gjennomsnittet for årene 2003–2011 (12,8 pst.). Behandlingen av erstatningsutmålings-sakene førte til en gjennomsnittlig oppjustering av erstatningsnivået med 12 pst.

Per 1. januar 2012 hadde Pasientskadenemnda 1419 saker under behandling, mot 1121 saker året før. Dette representerer en økning på 27 pst. I løpet av de to siste årene har antall saker under behandling økt med mer enn 60 pst. Prognosen for 2012 er en økning i antall nye klage- og gjenopptakssaker på om lag 10 pst. Men det er knyttet vesentlig usikkerhet til anslaget, særlig fordi NPE mottar og behandler flere saker enn før.

Den 30. april 2011 hadde nemnda mottatt 54 stevninger, mot 38 på samme tid i fjor. Rundt 10 pst. av alle ferdigbehandlede klagesaker ender i rettsapparatet. Når det gjelder rettssakene økte antallet fra 106 i 2010 til 133 i 2011. Antall hovedforhandlinger økte fra 56 i 2010 til 74 i 2011. Nemnda prosederer nå i det alt vesentlige alle saker selv. Mens nemnda ved utgangen av 2011 hadde 150 løpende rettssaker, var det tilsvarende tallet året før 110. Veksten i antall verserende rettssaker skyldes i all hovedsak at svært mange saker er anket videre til lagmannsretten. Det tar følgelig lenger tid å få en sak avsluttet nå sammenliknet med tidligere, og dette fører til at hver sak koster mer. Som foregående år frikjennes nemnda i om lag 70 pst. av sakene som ender med rettskraftig dom. Andelen av trukkede saker utgjør 34 pst. og andelen forlikte saker 24 pst. Disse tallene har holdt seg svært stabile i en årrekke.

En av de største utfordringene virksomheten står overfor, er at restansene øker, og at gjennomsnittlig saksbehandlingstid igjen er på mer enn et år. Det arbeides nå med ulike tiltak for å få ned

saksbehandlingstiden. Et av tiltakene er å styrke bemanningen, et annet er å utvide nemndas kapasitet, samt å utvide delegasjonsfullmakten. Det vurderes også å operere med en såkalt minnemnd bestående av en leder, en medisiner og en brukerrepresentant. Videre vil nemnda gjennomføre et «mini-LEAN-prosjekt» i løpet av høsten 2012.

Pasientskadenemnda arbeider med en oppgradering av eksisterende IKT-systemer, bl.a. for å

kunne møte Datatilsynets krav til bl.a. tilgangsstyring. Etaten samarbeider med NPE om utvikling av nye og felles IKT-systemer.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Kap. 3723 Pasientskadenemnda

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
50	Premie fra private	1 055	500	500
15–18	Refusjon lønnsutgifter	1 055		
	Sum kap. 3723	2 713	500	500

Post 50 Premie fra private

Inntekten under post 50 er en overføring til Pasientskadenemnda til dekning av etatens utgifter til

å behandle klager på vedtak fattet av Norsk pasientskadeerstatning knyttet til saker fra privat sektor. Det vises til omtale under kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning.

Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	30 660	34 569	37 159
	Sum kap. 0724	30 660	34 569	37 159

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) har ansvar for å behandle søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet. Helsedirektoratet innehar etatsstyringsansvaret. Autorisasjonskontoret har også administrative oppgaver i forbindelse med turnustjeneste for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer, herunder tilskuddsforvaltning av turnustjeneste og enkelte andre tiltak. Autorisasjonskontoret forvaltet i 2011 om lag 124 mill. kroner i tilskuddsmidler.

Saksbehandlingen skal sikre at søkere som får autorisasjon og lisens har de kvalifikasjoner som kreves. Det er viktig for å ivareta pasientenes sikkerhet, og bidra til å sikre god kvalitet på helsetjenestene. Autorisasjonsordningen omfatter 29 hel-

sepersonellgrupper. Statens autorisasjonskontor fatter årlig om lag 20 000 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens. 43 pst. av sykepleierne og 69 pst. av legene som får autorisasjon er utdannet utenfor Norge. Søknader fra søkere med utdanning fra land utenfor EU/EØS er arbeidskrevende, og antallet slike søknader er fortsatt høyt. Det er om lag 1300 leger i turnustjeneste. Turnusordningen er under omlegging.

SAFH utfører kontroll av egen saksbehandling gjennom verifisering av søknadspapirer, jevnlig og formalisert stikkprøvekontroll og ved å heve den generelle kvaliteten på saksbehandlingen. I tillegg er det etablert et godt samarbeid med Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (Nokut), Oslo politikammer, UDI, Nasjonalt identitetssenter og

Landinfo. SAFH arbeider med å forbedre kundeverdningen på telefoniske henvendelser og med en ny hjemmeside.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Det er restanser knyttet til behandling av søknader om autorisasjon fra tannleger utenfor EØS.

Det er et kontinuerlig fokus på verifikasjon og kontroll i saksbehandlingen. I tillegg arbeides det med å modernisere etatens saksbehandlingssystem.

Det foreslås 1,5 mill. kroner til styrking av driftsrammen som primært er knyttet til arbeidskrevende søknader fra land utenfor EØS, og videreutvikling av etatens kommunikasjonsløsninger og saksbehandlingssystemer. Merutgiftene foreslås finansiert gjennom en økning av gebyrene. Det vises til omtale under kap. 3724.

Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2011	budsjett 2012	
04	Gebyrinntekter	20 250	25 692	28 040
16–18	Refusjon lønnsutgifter	727		
	Sum kap. 3724	20 977	25 692	28 040

Post 04 Gebyrinntekter

Gebyrinntektene utgjør om lag tre fjerdedeler av finansieringen av autorisasjonskontoret. Det fore-

lås å øke inntektene med 1,5 mill. kroner gjennom en tilsvarende økning av gebyrene.

Kap. 725 Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2011	budsjett 2012	
01	Driftsutgifter	181 508	137 338	165 147
	Sum kap. 0725	181 508	137 338	165 147

Som ledd i arbeidet med etablering av system for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten foreslås det 2 mill. kroner til Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten til å utføre enkle og fullstendige metodevurderinger etter bestilling fra regionale helseforetak eller Helsedirektoratet.

Det foreslås å overføre 18,9 mill. kroner fra basisbevilgningene til de regionale helseforetak til Kunnskapscenterets driftsbudsjett for å øke forutsigbarhet og fleksibilitet i driften av Helsebiblioteket.

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (Kunnskapscenteret) er et selvstendig forvaltningsorgan som etatstyttes av Helsedirektoratet. Kunnskapscenteret framskaffer, analyserer, formidler og støtter bruk av kunnskap. Målet er å medvirke til gode beslutninger og riktige priorite-

ringer på alle nivåer i helsetjenesten, å understøtte kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten og å bidra til virksomme og trygge tjenester som ivaretar brukernes behov.

Kunnskapsbasert praksis og policybeslutninger

Kunnskapscenteret skal hovedsakelig bidra med å innhente, oppsummere, analysere og formidle forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for helsetjenesten. Kunnskapscenteret skal også etablere prosesser for å øke kompetansen i og forståelsen for kunnskapsbasert praksis og politikkutforming gjennom formidling og undervisning.

Kunnskapscenteret utarbeider systematiske oversikter og metodevurderinger om effekt og

sikkerhet av tiltak i helsetjenesten og støtter utvikling av gode faglige retningslinjer og fagprosedyrer. Kunnskapssenteret utarbeider helseøkonomiske evalueringer og støtter arbeidet med de nasjonale krefthandlingsplanene.

Kunnskapssenteret samarbeider med nettverket av direktører for velferdsetatene om å etablere en kunnskapssenterfunksjon for velferdstjenestene. Hensikten er å bygge kapasitet for å lage systematiske oversikter og derved bidra til bedre beslutninger om policy og praksis i velferdstjenestene.

System for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten

I 2013 skal de regionale helseforetakene, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet implementere nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Innføring av systemet er et langsiktig utviklingsarbeid som vil stille store krav til etablering av nødvendige støttefunksjoner, kulturendring og koordinering mellom involverte aktører. Det er behov for samhandling med brukere og pasientorganisasjoner, primærhelsetjeneste, innovasjons- og forskningsmiljøer og produsenter av ny teknologi. I det nye systemet for innføring av teknologi i spesialisthelsetjenesten bidrar Kunnskapssenteret med opplæring og støtte til bruk av forenklede metodevurderinger (mini-HTA, Health Technology Assessment) som et virkemiddel lokalt i spesialisthelsetjenesten og har ansvar for databaser over mini-HTA vurderinger og vurdering av ny teknologi (mednytt.no). I tillegg skal Kunnskapssenteret utføre enkle og fullstendige metodevurderinger etter bestilling fra regionale helseforetak eller Helsedirektoratet. Det vises til omtale under kap. 720, post 01, kap. 732 og kap. 750, post 01.

Kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid

Kunnskapssenteret utvikler og formidler metoder for forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet. Kunnskapssenteret bistår Helsedirektoratet med utvikling, analyse, drift og vurdering av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, inkludert de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene.

Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal støtte helse- og omsorgstjenestens arbeid med pasientsikkerhet. Fra 1. juli 2012 mottar og behandler enheten meldinger om uønskede hendelser i samsvar med endring av spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Meldingene

skal utelukkende behandles med sikte på å bidra til læring og forbedring i helsetjenesten. På lokalt nivå skal meldingene danne grunnlag for forbedring av sikkerheten innad i virksomhetene, nasjonalt kan de peke på risikoområder for sikkerheten i helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er sekretariat for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender som startet i 2011. Hovedmålet med kampanjen er å forebygge og redusere pasientskade. Kampanjen retter seg mot utvalgte innsatsområder. Resultatet av kampanjeinnsatsen skal være målbart. Kampanjen omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er opprettet egen nettside for kampanjen, www.pasientsikkerhetskampanjen.no.

Helsebiblioteket

Helsebiblioteket som ble etablert i 2006, er en offentlig, nettbasert kunnskapstjeneste for alle grupper helse- og omsorgspersonell. Innholdet er for det meste fritt tilgjengelig for alle innbyggere i Norge.

Det er fri tilgang til de mest anerkjente medisinske tidsskriftene internasjonalt, og to av verdens beste medisinske oppslagsverk. I tillegg har helsepersonell tilgang til 2300 tidsskrifter, de største databasene innen medisin og helsefag og over 500 norske retningslinjer. Det er tilgang til oppsummeringer og kartleggingsverktøy og emnebibliotek for ulike temaer.

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.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble oppnevnt for første gang i 2007. Rådet fikk i 2011 et nytt og utvidet navn og mandat, som omfatter hele helse- og omsorgstjenesten. Rådets formål er å bidra til en helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering og en felles problem- og situasjonsforståelse, foruten å være en arena for dialog mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten. Sekretariatet for rådet er lagt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det er utviklet et eget nettsted for rådet, www.kvalitetogprioritering.no, der alle saker som rådet behandler, er åpent presentert. Sekretariatet har i oppgave å forberede og utrede relevante saker for rådsbehandling iht. mandatet og bistår med å

arrangere rådets årlige konferanse, Helse i utvikling.

Kunnskapssenteret ivaretar ansvaret for sekretariatsfunksjonen for Campbell Collaboration.

Internasjonal aktivitet

Internasjonalt samarbeid er en del av aktiviteten til Kunnskapssenteret. Det bidrar bl.a. til at det kan formidles relevant kunnskap fra internasjonale søsterorganisasjoner til norsk helseforvaltning og helsetjeneste. Kunnskapssenteret deltar internasjonalt i arbeidet med kvalitetsindikatorer og pasientsikkerhet bl.a. gjennom samarbeid med Commonwealth Fund, EU Joint Action, OECD og European Observatory. 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 politikktutforming.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 2,3 mill. kroner fra kap. 1510, post 01, og 0,45 mill. kroner fra kap. 721, post 01, knyttet til flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet
- 18,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72–75 knyttet til Helsebiblioteket. Den nåværende ordning, der de regionale helseforetakene faktureres årlig, er uhensiktsmessig. Det vises til omtale under kap. 732, post 72–75.

Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
02	Diverse inntekter	51 432	132	136
15–18	Refusjon lønnsutgifter	51 432		
	Sum kap. 3725	53 256	132	136

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til eksternfinansierte oppdrag.

Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	6 826	8 025	8 125
	Sum kap. 0726	6 826	8 025	8 125

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2012.

Statens helsepersonellnemnd er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helsepersonell om avslag på søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning samt administrative reaksjoner som advarsel og tilbakekall av autorisasjon.

Nemnda er også Apotekklagenemnd for enkelte avgjørelser truffet av Statens legemiddelverk.

Et overordnet mål for nemndas virksomhet er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Samtidig skal nemnda ivareta helsepersonellens rettssikkerhet. Disse hensyn ivaretas ved grundighet og kontradiksjon i saksbehandling.

gen og ved at nemndas medlemmer og sekretariat har nødvendig kompetanse.

I 2011 mottok Statens helsepersonellnemnd 151 ordinære klagesaker (143 i 2010). Det ble avholdt ti møter i nemnda der den behandlet 130 klagesaker i 2011; 80 klager over vedtak i Statens helsetilsyn, 45 klager over vedtak fattet i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og fem klager over Legeforeningens vedtak. Nemnda fattet avgjørelse i 125 saker, stadfestet 110 saker og omgjorde 15 helt eller delvis. 11 av disse var fra helsetilsynet og 4 fra autorisasjonskontoret. I tillegg ble 3 saker fra autorisasjonskontoret kjent ugyldige og opphevet. Omgjøringsprosenten var 12 pst. (12 pst. i 2009 og 15 pst. i 2010).

Apotekklagenemnda behandlet to klagesaker der Legemiddelverkets vedtak ble stadfestet.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for klagesaker var 4,59 måneder i 2011. Dette er mer enn nemndas mål om fire måneder, og en liten økning fra 2010 (4,47 måneder). Sekretariatet ble i 2011 styrket med en saksbehandlerstilling og sekretari-

atet arbeider kontinuerlig med interne forbedringer i forberedelse av sakene.

Ved starten av 2012 hadde Statens helsepersonellnemnd 64 klagesaker under behandling, en økning fra tidligere år på tross av at antall behandlede saker i 2011 var det høyeste siden 2003. Økningen er et resultat av høyt antall klagesaker i 2011.

Domstolene har i 2011 hatt fem av nemndas vedtak til behandling. Det falt dom i tingrett i tre av sakene 2011, hvorav to av dem ble anket. Sivilombudsmannen behandlet tre saker som vedrørte nemnda. Det ble ikke rettet kritikk mot nemndas saksbehandling.

Nemnda har behandlet 47 klagesaker i 1. kvartal 2012 med gjennomsnittlig saksbehandlingstid 4,1 måneder. Det kom inn 39 klagesaker i 1. kvartal 2012, 38 i 2011.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Kap. 728 Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	2 786	3 098	3 199
	Sum kap. 0728	2 786	3 098	3 199

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2012.

Klagenemnda for behandling i utlandet er en uavhengig nemnd som behandler klager etter pasient- og brukerrettighetsloven. Klagenemnda gjelder avslag på søknad om dekning av utgifter til behandling i utlandet. Nemnda har fem medlemmer med personlige varamedlemmer.

PGD-nemnda er en uavhengig nemnd som behandler søknader om tillatelse til preimplantasjonsdiagnostikk (PGD) etter bioteknologiloven. Nemnda har åtte medlemmer med personlige varamedlemmer. Klagenemnda for behandling i utlandet og PGD-nemnda er organisert som en administrativ virksomhet.

Begge nemndene skal fatte godt begrunnede og forståelige vedtak. Saksforberedelsen skal være grundig, tillitvekkende og ha god kvalitet. Nemndene skal ha raskest mulig saksbehand-

lingstid, med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder. 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 2011 fattet 26 vedtak (47 vedtak i 2010). Alle vedtakene stadfestet førsteinstansenes vedtak (i 2010 var omgjøringsprosenten på 11 pst.). En sak ble hjemvist til førsteinstansen for ny behandling der. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var om lag 2 måneder. Nemnda hadde ved utgangen av året 7 saker som ikke var avgjort. PGD-nemnda har i 2011 fattet 32 vedtak (26 vedtak i 2010). Nemnda har innvilget 24 søknader om PGD. 2 søknader ble avslått. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var om lag 2 måneder. Nemnda hadde ved utgangen av året 1 sak som ikke var avgjort.

Klagenemnda for behandling i utlandet har i løpet av første tertial i 2012 fattet 20 vedtak (10 vedtak i 2011). Alle vedtakene stadfestet førsteinstansens vedtak. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært om lag 2 måneder. PGD-nemnda har i løpet av første tertial i 2012 fattet 11 vedtak (9 vedtak i 2011). En søknad om PGD har blitt

avslått. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært under 2 måneder.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Kap. 729 Pasient- og brukerombud

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	56 606	56 915	58 831
	Sum kap. 0729	56 606	56 915	58 831

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2012.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

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 skal bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene. Pasient- og brukerombudet er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet, men utfører 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 sosial tjenester etter lov om sosialtjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Ordningens navn ble samtidig endret til Pasient- og brukerombud. Som følge av utvidelsen av ordningen steg antallet henvendelser med 10 pst. fra 2008 til 2009 og med 8 pst. fra 2009 til 2010. I 2011 mottok ombudene 3926 nye henvendelser.

Det foretas en evaluering av utvidelsen av ombudsordningen i løpet av 2012. Helsedirektoratet har nedsatt et evalueringsprosjekt med bred deltakelse fra ombudene. Prosjektmålet er å beskrive Pasient- og brukerombudsordningen både før og etter utvidelsen i 2009 og fram til i dag. Dette omfatter bl.a. å foreta en vurdering av ombudets formål, arbeid med enkeltsaker og aktiviteter som bidrar til kvalitetsforbedring i tjenestene.

Pasient- og brukerombudene utgir årsmeldinger. Det lages et sammendrag i en felles årsmelding. Meldingene gir informasjon om ombudenes virksomhet og kontakt med pasienter og brukere og er en tilbakemelding til tjenestene med anbefalte tiltak. Årsmeldinger for 2011 er tilgjengelige på pasientogbrukerombudet.no.

Henvendelser til pasient- og brukerombudene handler oftest om brudd på lovfestede rettigheter, feilbehandling og pasientskader. 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, f.eks. i forbindelse med søkeprosessen og i tildelingen og utforming av tilbudet. Det er økt fokus på ernæringsarbeid for å sikre kvalitet i tjenesten.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
732	Regionale helseforetak	104 841 268	106 209 705	111 960 977	5,4
733	Habilitering og rehabilitering	168 807	175 675	132 323	-24,7
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	164 852	165 587	175 127	5,8
Sum kategori 10.30		105 174 927	106 550 967	112 268 427	5,4

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
01–23	Statens egne driftsutgifter	84 387	74 614	82 652	10,8
70–89	Andre overføringer	105 082 334	106 467 353	112 184 275	5,4
90–99	Utlån, statsgjeld mv.	8 206	9 000	1 500	-83,3
Sum kategori 10.30		105 174 927	106 550 967	112 268 427	5,4

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 helsetilstander, og fyller dermed en viktig funksjon i en helhetlig behandlingsskjede. De fire regionale hel-

seforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester.

Programkategorien omfatter bevilgninger til drift og lån til de regionale helseforetakene (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 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, kan overføres	11 776	8 607	8 891
70	Særskilte tilskudd, kan overføres, kan nyttes under post 72, 73, 74 og 75	489 283	410 608	372 058
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, kan overføres	42 907 003	44 296 293	47 683 089
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, kan overføres	14 970 620	15 522 238	16 738 286
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, kan overføres	11 392 689	11 766 085	12 663 461
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, kan overføres	10 123 656	10 417 141	11 225 820
76	Innsatsstyrt finansiering, overslagsbevilgning	20 039 659	15 657 084	16 563 768
77	Poliklinisk virksomhet mv., overslagsbevilgning	2 590 582	2 843 994	3 134 246
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, kan overføres	884 716	933 642	945 952
79	Raskere tilbake, kan overføres	498 558	514 013	530 975
82	Investeringslån, kan overføres	912 000	2 050 000	2 009 931
83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, overslagsbevilgning	12 520	51 000	83 000
86	Driftskreditter		1 730 000	
91	Opptreksrenter for lån tom. 2007, overslagsbevilgning	8 206	9 000	1 500
	Sum kap. 0732	104 841 268	106 209 705	111 960 977

De regionale helseforetakene har eieransvar for underliggende helseforetak som organiserer sykehusene og annen spesialisthelsetjeneste. Sørge-for-ansvaret ivaretas primært gjennom den offentlige helsetjenesten supplert med kjøp av tjenester fra private aktører.

En sentral målsetning med statens eierskap av de regionale helseforetakene 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 rammene som er fastlagt, både økonomisk og juridisk. Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Som ledd i arbeidet med videreutvikling av helseforetaksmodellen ble det i mai 2012 lagt fram

for Stortinget en proposisjon med forslag om endringer i helseforetaksloven mv. (Prop. 120 L (2011–2012)).

Det er i 2012 gjennomført en ekstern evaluering av rolle og funksjon for styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Det er også gjort en kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk. Evalueringene vil inngå som grunnlag for å videreutvikle den nasjonale politiske styringen av spesialisthelsetjenesten.

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning (kap. 732, post 72–75) og aktivitetsbasert finansiering (kap. 732, post 76, Innsatsstyrt finansiering og kap. 732, post 77, Poliklinisk virksomhet mv.). I tillegg kommer bevilgninger til avtale-spesialister (kap. 2711, post 70 og post 71) og private laboratorier og røntgeninstitutt (kap. 2711, post 76).

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. 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 2013.

Hovedtrekk i forslag 2013

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet gjennom å styrke sykehusenes økonomi, slik at flere pasienter kan få behandling. Krav om reduksjon i ventetider videreføres og arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet styrkes. Ut over generell pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,3 pst., foreslås det 1 950 mill. kroner mer til drift sammenliknet med saldert budsjett 2012. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Beløpet fordeler seg med 206 mill. kroner til videreføring av høyere aktivitet i 2012 enn forutsatt i saldert budsjett 2012, 1 609 mill. kroner til reduserte ventetider, generell økt pasientbehandling og kvalitet, 100 mill. kroner til en ekstra innsats i 2013 for pasienter som venter på brystrekonstruksjon og 35 mill. kroner til gjennomføring av ny kreftstrategi.

Budsjettforslaget legger med dette til rette for en vekst i pasientbehandlingen på vel 2 pst. neste år, den høyeste budsjetterte aktivitetsveksten noen sinne for helseforetakene. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2012, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2012.

Det er lagt til rette for en vekst på 6,5 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,7 pst. inkl. midler til styrking av tilbudet for pasienter som venter på brystrekonstruksjon. Dette innebærer at ventetiden for denne pasientgruppen kan reduseres. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandling omfattet av ISF.

Antall krefttilfeller øker. Samtidig har også overlevelsen økt. I dag er mer enn 50 pst. av alle kreftpasienter i live fem år etter at de har fått diagnosen. Tidlig diagnose og bedre behandlingsme-

toder har bidratt til økt overlevelse og bedre livskvalitet for kreftpasienter. Regjeringen ønsker å bedre kreftbehandlingen og foreslår 35 mill. kroner til gjennomføring av ny kreftstrategi. Det foreslås midler til planlegging av et norsk senter for partikkelterapi, og etablering av system for innføring av ny teknologi (inkl. kreftbehandling) i spesialisthelsetjenesten. Videre foreslås det midler til Kreftlinjen, til etablering av pusterom, vardesentre, beslutningsstøtteverktøy og til å utvikle flere kvalitetsindikatorer på kreftområdet.

Det foreslås å styrke kunnskapen om bruken av dopingmidler og videreutvikle tilbudet til personer som har skader etter bruk av dopingmidler. Helse Sør-Øst RHF tildeles 4 mill. kroner.

Tidlig i 2012 forelå det ny informasjon som tilsa vesentlig økte pensjonskostnader for regionale helseforetak i 2012 sammenliknet med saldert budsjett 2012. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011–2012), jf. Innst. 375 S (2011–2012), ble det i tråd med etablert opplegg for håndtering av pensjonskostnader vedtatt å øke basisbevilgningen til de regionale helseforetakene med 2,1 mrd. kroner samtidig som driftskredittrammen ble redusert tilsvarende. I tillegg ble det vedtatt å øke basisbevilgningen med 200 mill. kroner for å sette de regionale helseforetakene i stand til å håndtere økte kostnader som følge av økte pensjonskostnader hos private helseinstitusjoner som de har avtale med. De vedtatte bevilgningsendringene er videreført i budsjettforslaget for 2013. Endelig pensjonskostnad for regionale helseforetak vil først være kjent i januar 2013.

Det foreslås at nytt sykehus ved Helse Finnmark, Kirkenes, tas inn i låneordningen for regionale helseforetak med en bevilgning på 40 mill. kroner i 2013. Nytt sykehus i Kirkenes skal ivareta endrede krav til pasientflyt, logistikk og standard, behov for samordning av somatikk og psykisk helsevern, inneholde rehabilitering for hele Finnmark, ivareta behov for samhandling med kommunene i opptaksområdet, samt ha fleksibilitet til å håndtere effektene av Barentssamarbeidet. Prosjektet får en samlet låneramme på 600 mill. 2013-kroner som utbetales i utbyggingsperioden 2013–2018. Dette utgjør om lag halvparten av forventet prosjektkostnad.

Til investeringsprosjekter som allerede er inne i låneordningen foreslås det bevilget 1 969,9 mill. kroner i investeringslån til nødvendig framdrift i 2013.

Departementet vil i 2013 videreføre kravet om reduserte ventetider og at fristbrudd ikke skal forekomme. Det vil fortsatt være behov for å

arbeide med kvalitet og pasientsikkerhet i helseforetakene. Dette understøttes ved at det framover må legges større vekt på pasientmedvirkning og bedre kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Pasientsikkerhetskampanjen videreføres i 2013. Departementet vil stille krav om å styrke koordineringsfunksjonen i sykehusene. Dette kan f.eks. skje gjennom en behandlingsplan eller koordinatorfunksjoner for flere grupper av pasienter. I 2013 skal de regionale helseforetakene implementere nytt system for innføring av teknologi i spesialisthelsetjenesten.

Rapportering 2011 og status 2012

I årlig melding for 2011 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i oppdragsdokumentet og foretaksmøter. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning ble behandlet i foretaksmøter i juni 2012. Særskilte satsingsområder i 2011 var

- Ventetider, pasientforløp og fristbrudd
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige
- Psykisk helsevern
- Kreftbehandling
- Innovasjon

Aktivitet

Det ble lagt til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på 1,4 pst. fra 2010 til 2011. Veksten skulle fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder. Vekst i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering på 1,1 pst. (post 76) og refusjoner for poliklinisk behandling på 4,5 pst. (post 77) måles hhv. i forhold til prognoser per første tertial 2010 og første halvår 2010. Dersom veksten i 2010 blir høyere enn dette ville vek-

sten i 2011 bli tilsvarende lavere. Styringsparametre aktivitet:

- antall produserte DRG-poeng og refunderte polikliniske inntekter

Veksten i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering i 2010 ble om lag 0,2 pst. lavere enn prognosen per første tertial 2010. Budsjettet for innsatsstyrt finansiering i 2011 la derfor til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,3 pst. fra faktisk nivå 2010. Foreløpige aktivitetstall for innsatsstyrt finansiering for hele 2011 tilsier en aktivitetsvekst på 1,8 pst. sammenliknet med faktisk nivå i 2010. Veksten i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering i 2011 ble om lag 0,5 pst. høyere enn prognosen per første tertial 2011.

Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge hadde en mindreaktivitet på om lag 0,1 pst. sammenliknet med styringsmålet og Helse Vest og Helse Nord hadde en meraktivitet på henholdsvis om lag 2 pst. og 1,7 pst. sammenliknet med styringsmålet.

Den polikliniske aktiviteten økte med 6 pst. fra 2010 til 2011 målt som økning i de polikliniske refusjonsutbetalingene. Veksten har vært størst innen laboratorietjenester der veksten er på 13 pst. Innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri er veksten på hhv. 4 og 1 pst., mens det er ingen endring i radiologisk virksomhet.

Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

De regionale helseforetakene skal innenfor sine økonomiske rammer sette i verk tiltak for å redusere ventetidene til utredning/behandling. Aktuelle tiltak kan være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, kommer til behandling uten ventetid. Om lag 70 pst. av alle døgnopphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp.

Tabell 4.1 Ventetider

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk ¹	72	75	78	76	94	85	87	79	79	77
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge ¹	59	51	73	71	79	69	86	67	69	60
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne ¹	54	50	51	48	54	51	56	57	56	54
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige ¹	70	65	87	93	83	71	82	83	75	72
Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten ved utgangen av 2011 ²		70		69		72		74		71

¹ De regionale helseforetakene har også rapportert median ventetid. Tallene er tilgjengelige i årlig melding 2011 og Norsk pasientregister.

² Basert på månedstallene for desember 2011. Tilsvarende tall er ikke tilgjengelig i 2010.

Tabell 4.2 Fristbrudd

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager ¹ (mål: 100 %)	94	96	93	97	96	99	88	90	93	97
Andel som gis helsehjelp innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år ² (mål: 100 %)	92	97	84	92	77	81	75	87	86	92
Andel fristbrudd for rettighetspasienter ³ (mål: 0 %):										
Somatikk	16	10	19	10	23	12	21	17	19	11
PHV-V	10	5	11	4	11	4	17	22	11	6
PHV-BU	12	4	21	12	37	32	45	31	23	14
TSB	10	7	10	8	16	8	23	27	12	9

¹ Basert på tredje tertialtall fra Norsk pasientregister.

² Basert på tredje tertialtall fra Norsk pasientregister.

³ Basert på tredje tertialtall fra Norsk pasientregister. Innen fagområdene somatikk, psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert behandling er det kun et utvalg som er med i grunnlaget i tredje tall 2010 og tallene bør derfor brukes med varsomhet. Per tredje tertialtall er alle behandlingssteder med i statistikken.

Det har vært en positiv utvikling i ventetid og andel fristbrudd hittil i 2012. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått utredning og/eller behandling har gått ned fra 76 dager i første tertial 2011 til 74 dager i første tertial 2012. I samme periode har andel fristbrudd gått ned fra 12 til 8 pst. Månedstall for mai, juni og juli viser at ventetiden og andel fristbrudd fortsatt reduseres. Det var om lag 6000 flere nyhenviste til planlagt

behandling i sykehus første tertial 2012 enn i samme periode i 2011. Antall nye henvisninger økte mest innen psykisk helsevern barn og unge med 9,3 pst. Økningen har vært på hhv. 1,4 og 2,7 pst. innen somatisk sektor og psykisk helsevern voksne, mens det har vært en nedgang innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige på 13,7 pst.

Tabell 4.3 Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste fire uker

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste fire uker ¹ (mål: 100 %)	77	76	54	84	99	99	71	77

¹ Basert på annen tertialtall rapportering fra de regionale helseforetakene.

Regionale helseforetak er gjennom oppdragsdokumentene pålagt å bidra til at informasjonsgrunnlaget og informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg fungerer på en god måte. Informasjonen på www.frittisykehusvalg.no skal være pålitelig, oppdatert og relevant som grunnlag for å gjøre

informerte valg av behandlingssted, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven. Indikatoren brukes som et mål på hvor oppdatert informasjonen på nettstedet er. Indikatoren er også et mål på hvor vidt helseinstitusjonene oppfyller plikten om å gi pasienter og brukere nødvendig informasjon.

Kvalitetsforbedring

Målet om tjenester av god kvalitet er sentralt i oppdragsdokumentet. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten.

Styringsparametre, kvalitetsforbedring:

- andel epikriser sendt ut innen sju dager (mål: 100 pst.)

- andel korridorpasienter (mål: 0 pst.)
- andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse
- andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4
- diabetes, antall ben-/fotamputasjoner per 100 000 innbyggere

Tabell 4.4 Styringsparametre, kvalitet 2011

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Andel epikriser sendt innen 7 dager* (%)	76	81	57	76	67	76	60	68
Andel korridorpasienter* (%)	1,9	2,0	4,0	3,8	0,7	0,6	1,6	1,9
Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse (%)**	N	7,1	N	17,6	N	9,7	N	5,9
Andel pasienter med fødselsrifter grad 3 og 4***	2,3	2,0	2,4	1,9	2,4	N	1,6	N
Diabetes, antall ben-/fotamputasjoner per 100 000 innbyggere****	8,1	9,5	4,5	6,0	7,4	10,2	6,0	9,6

* Tall for 2. tertial, somatikk.

** Data ikke tilgjengelig for 2010

*** Årstall. Kilde: Årlig melding fra de regionale helseforetakene

**** Årstall.

Kilde: NPR

Andel epikriser sendt ut innen 7 dager har økt fra 2010 til 2011 i alle regionene. Ingen av regionene har nådd målet om ikke å ha korridorpasienter. Helse Midt-Norge har lavest andel korridorpasienter (0,6 pst.), mens Helse Vest har høyest andel (3,8 pst.). Helse Sør-Øst RHF har på vegne av alle de regionale helseforetakene gitt en foreløpig vurdering av bruk av økonomiske sanksjoner for å redusere antall korridorpasienter. De regionale helseforetakene mener at bruk av økonomiske sanksjoner kan være et egnet virkemiddel i særlige tilfeller, men at dette bør knyttes til særlige situasjoner og være tillagt ansvarlige tilsynsmyndigheter. De regionale helseforetakene fremmer i sin vurdering flere betenkeligheter med å innføre økonomiske sanksjoner i de ordinære tilskuddene fra staten for å unngå korridorpasienter. Oppfølgingen av dette må sees i sammenheng med Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet som legges fram i 2012. Det skal ev. også

vurderes hvorvidt det innenfor gjeldende økonomiske rammer, er hensiktsmessig å innføre resultatbasert finansiering basert på grad av oppnådde kvalitetsmål – som et positivt insentiv i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Det er ikke knyttet målsettinger til de tre nye styringsparametrene trombolyse ved hjerneinfarkt, fødselsrifter og underekstremitetsamputasjoner blant pasienter med diabetes.

Resultatene for hjerneinfarkt viser at andel pasienter med hjerneinfarkt som fikk trombolysbehandling i andre tertial 2011 varierer fra 17,6 pst. i Helse Vest til 5,9 pst. i Helse Nord. I oppdragsdokumentet for 2012 er det satt som mål at 20 pst. av pasientene under 80 år med hjerneinfarkt skal få trombolyse.

Fødselsrifter kan gi varige plager, og er en indikator på kvalitet i fødselsomsorgen. Resultatene viser at andel fødselsrifter varierte fra 1,6 til 2,4 pst. i helseregionene i 2010. Helse Sør-Øst og

Helse Vest reduserte andel fødselsrifter fra 2010 til 2011 med hhv. 0,3 og 0,5 prosentpoeng. Det foreligger ikke tall fra Helse Midt-Norge og Helse Nord for 2011.

Amputasjon ved diabetes kan være et resultat av manglende og/eller forsinket forebyggende behandling i primærhelsetjenesten eller forsinket henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det kan derfor også være en indikator på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. På landsbasis gjennomgikk 2,5 promille av diabetes pasientene ben- eller fotamputasjon. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene måles antall ben- eller fotamputasjon per 100 000 innbyggere. Resultatene viser at antallet varierer fra 6 til 10,2 mellom regionene i 2011, og fra 4,5 til 8,1 i 2010.

Data fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for å evaluere kvalitet og oppnådd helsegevinst og danner grunnlag for faglig forbedringsarbeid, forskning og styring. Gode og relevante kvalitetsindikatorer forutsetter også gode og oppdaterte kvalitetsregistre.

For 2011 ble det gitt flere oppgaver til de regionale helseforetakene for å sikre at de nasjonale registrene har en felles infrastruktur, full nasjonal dekning og kan benyttes fullt ut i tråd med formålet kvalitetssikring, forbedring av helsetjenesten og forskning. Arbeidet er forankret i Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre i Helse Nord og Helse Midt-Norge. De regionale helseforetakene har i tillegg etablert en interregional styringsgruppe som følger opp oppdragene på kvalitetsregisterområdet. Resultatrapporteringen fra Helse Nord RHF, på vegne av de regionale helseforetakene, viser at framdriften i arbeidet er tilfredsstillende, men at det fortsatt gjenstår en betydelig innsats for at disse registrene har en felles infrastruktur, full nasjonal dekning og kan benyttes fullt ut i tråd med formålet kvalitetssikring, forbedring av helsetjenesten og forskning. Det vises også til omtale under kap. 782, post 70.

Det etableres nå et nytt nasjonalt system for vurdering av nye metoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Systemet innebærer at spesialisthelsetjenesten skal ta i bruk internasjonalt anerkjente systemer for metodevurdering som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder i sykehus. Metoden er Health Technology Assessment (HTA). De regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokumentene for 2011 i oppdrag å bidra i arbeidet med å tilrettelegge for bruk av mini-HTA i helseforetakene (herunder utvikling av mini-HTA skjema og nødvendige støttefunksjoner), i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektora-

tet. Systemet skal understøtte arbeid med kvalitet og kunnskapsbasert praksis.

Helse Vest RHF har koordinert arbeidet med forslaget til mini-HTA skjema og veileder. Alle de regionale helseforetakene, samt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk har vært involverte i arbeidet.

Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning

Det er et mål at reell brukervedvirkning skal ligge til grunn for lokalt utviklings- og omstillingsarbeid og forskning. Tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Dette ble i 2011 fulgt opp ved følgende styringsparametre:

- brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix
- brukererfaringer svangerskap/fødsel/barsel
- fastlegers erfaringer med distriktspsykiatriske sentre

De regionale helseforetakene har rapportert på brukererfaringer blant kreftpasienter i årlig melding. De to andre rapportene var ikke publisert ved frist for årlig melding. De regionale helseforetakene vil rapportere på disse i årlig melding for 2012. Brukererfaringsundersøkelser blant kreftpasienter viser at kreftpasientene har positive erfaringer med sykehusene på mange områder. Bl.a. er det gode erfaringer med pasientsikkerheten. Forbedringsområdene er særlig innen organisering og informasjon. Mange opplevde ikke å ha en fast lege eller gruppe pleiepersonale å forholde seg til. Mange sa også at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om smerter, smertelindring og bivirkninger av behandling.

Pasientsikkerhet

Det er et mål å redusere antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten. En forutsetning for dette er at ledere på alle nivåer tar ansvar for å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser, at ansatte opplever det trygt å melde, og at meldingene følges opp fra et system og læringsperspektiv.

I 2011 startet den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen har som mål å redusere antall pasientskader, legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikker-

hetskultur. Kampanjen startet med en basismåling av omfang av pasientskader ved hjelp av journalgjennomgangsanalyser ved bruk av metoden Global Trigger Tool. I 2011 ble det i spesialisthelsetjenesten gjennomført piloter på innsatsområdene Trygg kirurgi med hovedfokus på postoperative sårinfeksjoner, samstemming/oppdatering av legemiddellister og ledelse av pasientsikkerhet. Pilot for behandling av hjerneslag avsluttes høsten 2012.

De regionale helseforetakene ble i oppdragsdokumentet for 2011 pålagt å sikre at alle virksomhetene deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. Styringsgruppen ledes av Helsedirektoratet. Alle de regionale helseforetakene er representert i styringsgruppen ved administrerende direktør. Sekretariatet for kampanjen ligger i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I 2011 kartla helseforetakene i alle regioner omfang av pasientskader ved å gå gjennom et utvalg journaler. I 16 pst. av pasientoppholdene som ble undersøkt ble det funnet minst en utilsiktet fysisk skade. I 9 pst. av pasientoppholdene førte skaden til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Helseforetakene gjennomfører jevnlig kartlegginger av pasientskader gjennom kampanjeperioden. De regionale helseforetakene har etablert både lokale og regionale kampanjeledere. I Helse Vest er de ulike tiltakene i kampanjen organisert som felles regionale prosjekt i regi av den regionale kvalitetssatsningen. Kampanjen arrangerte læringsnettverk for innsatsområdene trygg kirurgi og samstemming av legemiddellister i 2011. Det går fram av årlig melding at helseforetakene har deltatt på ett eller begge læringsnettverk.

De regionale helseforetakene har i 2011 arbeidet med å videreutvikle systemene for risikostyring og intern kontroll. Også i 2011 ble det avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og systematiske avvik i spesialisthelsetjenesten. Det er avdekket svikt i det pasientadministrative arbeidet både ved interne revisjoner og tilsyn fra Statens helsetilsyn. Departementet har i 2012 stilt krav om at det skal gjøres systematiske risikovurderinger ved omstilling av virksomheten og når det innføres ny teknologi, og at det er rutiner for å overvåke og gjennomføre tiltak for å forebygge og redusere risiko. Det må sikres at helseforetakene har metoder for å teste og overvåke ev. svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak settes i verk raskt. Videre er det stilt krav om å kvalitetssikre pasientadministrative rutiner med hensyn til

organisasjons- og kompetanseutvikling. Dette må også ses i sammenheng med krav som er stilt i forbindelse med implementering av Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften).

Konsernrevisjonen for Helse Sør-Øst RHF har i 2011 og 2012 gjennomført revisjoner av intern styring og kontroll med det pasientadministrative arbeidet i underliggende helseforetak. Gjennomgående er det avdekket mangelfulle rutiner og opplæring i det pasientadministrative arbeidet og i den ledelsesmessige oppfølgingen og kontrollen av det pasientadministrative arbeidet. Helse Sør-Øst RHF har som følge av dette etablert et regionalt prosjekt (Glemt av sykehuset) som skal bidra til forbedring i helseforetakene i regionen og også sørge for at funn og tiltak blir gjort kjent for de andre helseregionene.

Det arbeides med en stortingsmelding om e-helse der det vil gå fram hvordan IKT-systemene i helse- og omsorgssektoren kan bidra til kvalitetsheving, effektiv samhandling og bedre ressursutnyttelse. I tillegg skal det legges fram en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet der forholdet mellom pasientsikkerhet, kvalitet og IKT vil bli behandlet.

IKT i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene har i 2011 deltatt i arbeidet med videreutvikling på e-helseområdet for å bidra til effektiv samhandling, bedre ressursbruk, økt pasientsikkerhet og kvalitetsheving i alle deler av behandlingsskjeden. Noen av de prioriterte områdene har vært å legge til rette for implementering av helseinformasjonssikkerhetsforskriften og bidra i arbeidet med utbredelse av elektronisk resept i helseforetakene. De regionale helseforetakene har bidratt i nasjonale prosjekter på e-helseområdet som bl.a. helseportal, kjernejournal, elektroniske resepter, nasjonalt standardiseringsarbeid, helse- og kvalitetsregistre, automatisk frikort og arbeid med felles løsning for folkeregisteropplysninger.

Alle helseforetak skal i løpet av 2012 ha forbedret for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten og bidratt i arbeidet med å utvikle en standard for elektronisk henvisning. De regionale helseforetakene skal bidra til å få på plass et system for elektronisk understøttelse av innføringen av melding etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og sikre at alle helseforetakene i regionen følger opp de nasjonale tiltakene for elektronisk meldingsutveksling.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige (TSB)

Ett av hovedmålene i opptrappingsplanen for rusfeltet har vært å styrke tjenestene innen TSB. I dette ligger at både kvaliteten og kapasiteten i tjenestene skal styrkes. Antallet innleggelsesøkter med 4,4 pst. og antallet polikliniske konsultasjoner med 3,5 pst. fra 2010 til 2011. Det er videre et mål å styrke legemiddelasistert rehabilitering (lar) og integrere behandlingen i den øvrige tverrfaglig spesialiserte behandlingen. Fra 2010 til 2011 økte antall pasienter inkludert i lar med 500 pasienter og ved utgangen av 2011 var det i alt 6500 pasienter i lar.

I oppdragsdokumentet for 2011 fikk de regionale helseforetakene i oppgave å øke kapasiteten innen TSB, etablere behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunene, og sette i verk tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB. De regionale helseforetakene rapporterer at kapasiteten innen TSB er styrket i alle regioner. Det totale antall døgnplasser var ved utgangen av 2011 på 1753 plasser, en økning på 29 plasser fra 2010. Døgnkapasiteten økte i 3 av 4 helseregioner, mens kapasiteten i Helse Sør-Øst ble redusert med en plass fra 2010 til 2011. Antall oppholdsdøgn økte med 4,1 pst. sett alle helseregioner under ett. Økningen var henholdsvis 10,1 pst. i Helse Nord, 6,9 pst. i Helse Midt-Norge, 3,7 pst. i Helse Vest og 2,6 pst. i Helse Sør-Øst. Videre økte også antall polikliniske konsultasjoner i alle helseregioner, men grunnet ulik registreringspraksis i helseregionene vil det for 2011 ikke være mulig å gi komplette data for hver helseregion.

Det rapporteres at det er etablert behandlingsforberedende tiltak i alle helseregionene og at dette arbeidet skal videreutvikles. De regionale helseforetakene har satt i verk tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB. Systematisk registrering for 2012 av antall og andel pasienter som fullfører TSB vil etter planen først foreligge i 2013 som en del av pasientregistreringen i aktivitetsdataene fra Helsedirektoratet.

Psykisk helsevern

Pasienter/brukere skal få tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv. Det er et mål i oppdragsdokumentet 2011 at distriktpsikiatriske sentre (DPS) kan ivareta akuttfunksjoner gjennom døgnnet, tilrettelegging for et styrket bruker og mestringsperspek-

tiv, økt grad av frivillighet i behandlingen og spising av sykehusfunksjonene.

For 2011 er det angitt følgende styringsparametere:

- andel tvangsinnleggelses- og ratejustert for befolkning i opptaksområdet
- datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern for barn og unge
- datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern for voksne
- datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne

Data-/registreringsrelaterte problemer gjør at kun Helse Sør-Øst har rapportert tvangsinnleggelses- og ratejustert for befolkning i årlig melding for 2011. Ifølge deres tall har andelen tvangsinnleggelses- og ratejustert gått ned fra 63 til 52 per 1000 innbyggere fra andre tertial 2010 til andre tertial 2011. Når det gjelder datakvalitet om hovedtilstand for barn og unge og for voksne i psykisk helsevern, er det store variasjoner. Av de to regionale helseforetakene som har rapportert (Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF), varierer registreringsgraden fra 36 pst. til 66 pst. innen psykisk helsevern for barn og unge. For voksne er det om lag 75 pst. komplette data i begge regioner. Når det gjelder lovgrunnlag har Helse Vest nær oppnådd komplette data, med 96 pst. registrerte, mot 82 pst. i Helse Sør-Øst. Det er etablert et prosjekt i regi av Norsk pasientregister/Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene om å forbedre datakvaliteten innen psykisk helsevern, herunder riktig registrering av tvangsdata. Dette er også et eget satsningsområde innenfor den nye nasjonale strategien for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015).

De regionale helseforetakene fikk i 2011 i oppgave å sette i verk tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene. Tiltak skal, ifølge de regionale helseforetakenes årlige melding for 2011, være satt i gang over hele landet, med noe ulik progresjon og organisering. De regionale helseforetakene skulle også gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal Strategigruppe II. Foretakene rapporterer om at tilrådingene er under implementering de fleste steder. Videre skulle de rapportere utskrivningsklare pasienter til DPS og kommuner til Norsk pasientregister. Det er ulik progresjon blant helseregionene på dette området. Helse Sør-Øst opplyser om at tallene rapporteres månedlig til Norsk pasientregister.

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige

I en periode fram til 2009 ble det stilt krav om at den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rus skulle være større enn somatikk. Dette ble målt ved bruk av kostnadstall. Kostnadstall sier ikke noe om kvaliteten, tilgjengeligheten eller produktiviteten ved tjenestene. Derfor følges nå i stedet utviklingen i ventetider, aktivitet og kvalitet som innenfor somatisk pasientbehandling. I 2012 er det lagt vekt på å fortsette omstillingen i psykisk helsevern og å øke kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Gjennomsnittlig ventetid har gått ned innenfor alle områder fra 2010 til 2011 og færre pasienter opplevde brudd på behandlingsfristen i 2011. Tall fra NPR viser at 128 000 pasienter fikk behandling i det psykiske helsevernet i 2011. Dette er en økning på om lag 5 pst. fra 2010. Det var i 2011 om lag 25 000 pasienter i spesialisthelsetjenesten som fikk behandling for sine rusproblemer innen TSB. Dette er en økning på over 7 pst. fra 2010.

Kreftbehandling

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle ledd på kreftområdet. God behandlingskvalitet skal ivaretas gjennom gode pasientforløp. Dette skal sikre at kreftpasienter unngår unødig venting på utredning og behandling.

Det er fastsatt målsettinger for forløpstider, og disse har vært viktige for å identifisere flaskehalser, bedre logistikk og forbedre pasientforløp. Selv om det ofte er medisinsk forsvarlig å bruke mer enn 20 virkedager, så er det viktig for pasientens opplevelse å få en raskest mulig avklaring av ev. diagnose og behandling.

Vurdering av henvisning innen 5 virkedager, oppstart utredning innen 10 virkedager og opp-

start behandling innen 20 virkedager. Målsettingen er ikke at normtiden skal overholdes for hver enkelt pasient eller diagnosegruppe, men for 80 pst. av kreftpasientene og at dette skal legges til grunn i rapporteringen til departementet.

Styringsparametre:

- tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft
- tid fra henvisning til første behandling brystkreft
- tid fra henvisning til første behandling lungekreft

Resultatene for første tertial 2012 viser at mange sykehus gir over 80 pst. av brystkreftpasientene behandling innen 20 virkedager. Det er små endringer for landet som helhet fra første tertial 2011 til samme tertial 2012. Landsgjennomsnittet for brystkreft i første tertial 2012 er 66 pst., for tykktarmskreft 57 pst. og lungekreft 38 pst. Det er stor variasjon i disse resultatene. Tallene viser også at utredningsrutinene må forbedres og behandling av kreftpasienter må prioriteres høyere ved mange sykehus. Spesielt gjelder dette lungekreft, hvor det før behandling kreves en omfattende, avansert utredning som av medisinske årsaker ofte vil kreve mer enn 20 virkedager. For noen kreftformer, f.eks. prostatakreft, finnes det pasienter som ikke skal starte behandling selv om diagnosen er avklart. Det bør derfor vurderes systemer for å registrere en aktiv beslutning om å avvente behandling som behandlingsoppstart.

Helsedirektoratet har vurdert om det kan utvikles en indikator for andel pasienter som får behandling innen 20 virkedager for alle kreftformer. Dette er krevende bl.a. som følge av ulikt behandlingsforløp og manglende datagrunnlag. Helsedirektoratet arbeider videre med å utvikle dagens indikatorsett med flere kreftformer. Det er derfor krevende å vurdere når sykehusene vil nå målet om 80 pst.

Tabell 4.5 Andel pasienter med behandling innen 20 virkedager

(andel i pst.)	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Tykktarmskreft	56	56	63	46	53	68	59	50	58	57
Lungekreft	34	35	53	48	28	37	28	44	35	38
Brystkreft	66	68	63	65	61	55	44	72	63	66

Basert på første tertialtall fra Norsk pasientregister

De regionale helseforetakene skal etablere systemer for å sikre at den vedtatte funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi følges opp. Helse Sør-Øst har etablert et slikt system, og de andre regionale helseforetakene planlegger tilsvarende oppfølgingsystemer. Departementet vil følge opp for å sikre at disse blir etablert.

Hjerneslag

Hvert år rammes 15 000 mennesker av hjerneslag i Norge, og er dermed den tredje hyppigste dødsårsak og en dominerende årsak til alvorlig funksjonsnedsettelse. Helsetilsynet gjennomførte i 2011 landsomfattende tilsyn med sykehusenes behandling av eldre pasienter med hjerneslag. Helsetilsynet antok på basis av dette tilsynet at eldre slagpasienter i hovedsak får et forsvarlig behandlingstilbud, og mener at dette er et felt som har fått nødvendig prioritet. Det er like fullt stor variasjon mellom sykehus og avdelinger. I flere helseforetak ble det påvist svikt ved styring og ledelse av slagbehandlingen, som noen steder kan bidra til et mindre trygt tjenestetilbud.

Helsetilsynets rapport følges opp. I oppdragsdokumentet for 2012 er det tatt inn tre styringsparametre knyttet til hjerneslag, og hjerneslag er et innsatsområde i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det er et mål at det skal bli mindre variasjon mellom helseforetak og regioner når det gjelder behandling av hjerneslag. Bruken av trombolysebehandling skal øke.

Innovasjon

De regionale helseforetakene har rapportert på en rekke styringsparametre for innovasjon. Det har vært en vesentlig økning i innovasjonsaktivitet i 2011. De regionale helseforetakene rapporterer 20 inngåtte OFU-kontrakter, 27 tildelinger fra Forny og BIP og 102 registrerte oppfinnelser og 34 registrerte patenter. Det er etablert tre bedrifter og inngått 15 lisensavtaler. InnoMed, et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren, har finansiert totalt 11 prosjekter i helseforetakene. Det er registrert 851 søknader som omtaler innovasjonspotensial. Det arbeides med å videreutvikle og forbedre innrapporterte tall for innovasjonsindikatorer.

De regionale helseforetakene er sentrale aktører i felles satsning på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren 2007–2017 i regi av Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, jf. kap. 780.

De regionale helseforetakene har utarbeidet en rapport i samarbeid med Difi og Innovasjon Norge om innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp gjennom bl.a. før-kommersielle avtaler. Forslagene i rapporten følges opp i 2012.

I tråd med oppdragsdokumentet for 2011 har de regionale helseforetakene levert en rapport om nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren, herunder prosess- og tjenesteinnovasjon. Indikatorer er innarbeidet i oppdragsdokumentet for 2012. Det er stilt krav til de regionale helseforetakene om å etablere en ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene i løpet av 2012.

Andre områder

I oppdragsdokument 2011 ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle be samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universitetene og høyskolene om å gjennomgå fagplaner for utdanningene med sikte på tilrettelegging av praksis innenfor habilitering og rehabilitering. Det ble i oppdragsdokument 2011 videre stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2010. De regionale helseforetakene har brukt minst like mye midler til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som i 2010 i samsvar med føringene. Tall fra Norsk pasientregister viser økning i antall opphold fra 31 331 opphold i 2010 til 39 587 i 2011. En del av økningen skyldes flere dagopphold og polikliniske opphold.

De regionale helseforetakene ble bedt om å gjennomgå og ev. øke kapasiteten for utredning og behandling av sykkelig overvekt. Alle de regionale helseforetakene arbeider med å styrke tilbudet og rapporterer om planer og tiltak som er satt i gang herunder tverrfaglig samarbeid og samhandling med kommunene. Opplysningene tyder imidlertid på at det er variasjon når det gjelder kapasitet og ventetider mellom helseforetak og innad i helseforetak. En riktig dimensjonering av behandlingskapasiteten er utfordrende, og de fleste helseforetakene vil fortsette dette arbeidet i 2012.

De regionale helseforetakene har i flere år blitt bedt om å rapportere på tilbudet til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME). Rapporteringen for 2011 viser at det er etablert et tilbud til pasientgruppen i alle helseregionene. Arbeidet med å videreutvikle tjenestetilbudet vil fortsette. jf. omtale under kap. 781, post 21.

Rapporter fra de regionale helseforetakene om antall ablasjonsbehandlinger for atrieflimmer viser et samlet antall behandlinger på 1564 (inkludert 200 ved Feiringklinikken), mot 450 i 2010. Helsedirektoratet anbefaler en samlet kapasitet for ablasjonsbehandling på om lag 1400 per år.

Som oppfølging av Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008–2012), har de regionale helseforetakene i 2011 fått i oppdrag å etablere regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring for best mulig tilbud lokalt. Helse Vest RHF har etablert et tverrfaglig senter for spesialallergologi i Helse Bergen HF. De tre andre regionale helseforetakene har under planlegging og/eller etablering regionale tverrfaglige kompetansemiljøer.

De regionale helseforetakene fikk gjennom oppdragsdokumentet 2011 i oppdrag å implementere nytt styringssystem for nasjonale tjenester fra den tid departementet beslutter. Ny forskrift trådte i kraft 1. januar 2011 og veileder med oversikt over de enkelte tjenestene ble publisert i juli 2011. De regionale helseforetakene har i tråd med beslutning fra Helse- og omsorgsdepartementet videreført i alt 33 nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og 30 nasjonale kompetansetjenester, mens 23 nasjonale tjenester ble avvirket eller desentralisert. I tillegg er det godkjent 13 nye nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og 10 nasjonale kompetansetjenester med virkning fra 1. januar 2012. Helsedirektoratet har gjennomgått årsrapporter fra de nasjonale tjenestene for 2011. Flertallet av tjenestene fungerer etter kravene i forskrift og veileder, men det er behov for å styrke og videreutvikle rapporteringssystemet til de regionale helseforetakene og å sikre at alle tjenester har etablert faglig referansegruppe med representanter fra de regionale helseforetakene og brukerrepresentasjon. Faglig referansegruppe skal bidra til å sikre at hele landet har lik tilgang til den nasjonale tjenesten, samt godkjenne årsrapportene. Helsedirektoratet har i oppdrag å følge opp rapporteringen fra de nasjonale tjenestene.

Alle de regionale helseforetakene melder om at Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008–2009) Institusjonskjøkken blir fulgt opp og at ulike tiltak er gjennomført.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer at det er utviklet og implementert et pilotprosjekt for helhetlig opplæringsprogram for å leve med hiv i regi av lærings- og mestringssenteret i henhold til oppdraget.

Nødmedle- og ambulansetjenesten skal ha god kompetanse og rask respons. Det har over tid vært en positiv utvikling i de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. De regionale helseforetakene har i 2011 satt i verk tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralene. De regionale helseforetakene melder at de i samarbeid med Helsedirektoratet har utarbeidet rapporter med data fra de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Arbeidet videreføres for å utvide og heve kvaliteten på datasettet.

For å øke kapasitet og tilgangen på kompetanse er det etablert toveis video/lyd-kommunikasjon med samtidig overføring av pasientinformasjon mellom enkelte lokale legevaktssentraler, lokal akuttisykehus og AMK-sentralen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Helse Vest RHF har besluttet å utrede virtuell samlokalisering av AMK-sentralene som også kan bidra til økt kapasitet og samarbeid ved store hendelser.

Utdanning av helsepersonell

De regionale helseforetakene er bedt om å analysere framtidig behov for legespesialister. Formålet er å avdekke områder der det ikke vil være samsvar mellom forventet behov og tilgang på spesialister. Helse Sør-Øst RHF foretok i 2010 en utredning av regionenes kompetansebehov fram mot 2020, og har i 2011 arbeidet med en regional plan og foretaksvise tiltaksplaner som er tilpasset lokale rammebetingelser. Helse Midt-Norge RHF samarbeider med utdanningsinstitusjoner og KS i regionen om framtidig utdanning og kapasitet. Helse Vest RHF har i sitt strategidokument Helse2020 noen analyser av behov for legespesialister, men oppgir at det er behov for et mer konkret analysearbeid for å avdekke framtidig behov for ulike legespesialister. Flere helseforetak i regionen har gjort et kartleggingsarbeid i eget helseforetak. Helse Nord RHF har i 2011 arbeidet med en strategisk kompetanseplan hvor behov og utfordringer fram mot 2030 er utredet. Regionen har egne regionale utdanningsprogrammer for enkelte rekrutteringsutsatte spesialiteter.

De regionale helseforetakene er bedt om å etablere et tilstrekkelig antall lære plasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansarbeiderutdanningen. I Helse Vest har spesielt Helse Stavanger HF arbeidet godt med lærlingeordningen for helsefagarbeidere. De andre regionene arbeider aktivt med å opprette flere plasser for helsefagarbeidere, men i Helse Nord er det enkelte problemer med rekruttering og frafall.

De regionale helseforetakene har bidratt i HelseDirektoratets arbeid med å skaffe bedre oversikt og data over personellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF melder at dette arbeidet fortsatt pågår. Helse Midt-Norge RHF har bl.a. overlevert en rapport med analyser av kompetansesammensetning og kapasitetsbehov i regionen.

Kompetansen innen steriltforsyning skal heves og de regionale kompetansesentrene for smittevern vil være aktuelle samarbeidspartnere ved utvikling og vedlikehold av regionale og lokale opplæringsprogrammer for relevant helsepersonell. Regionene er i gang med kartlegging og planarbeid og fortsetter forbedringsarbeidet i 2012.

God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. De regionale helseforetakene skal sørge for gode rutiner for internundervisning i strålehygieniske forhold og i medisinsk fysikk. De regionale helseforetakene er i gang med å forbedre sine opplæringsystemer og utvikle kompetanse på området. Flere har utviklet e-læringskurs i strålebruk og etablert nettverk av strålevernkontakter.

De regionale helseforetakene rapporterer at de fem regionale ressursentrene om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging har implementert opplæringspakke for å styrke tilbudet til FN- og NATO-veteraner i alle regioner i henhold til oppdraget.

Forskning

Oppdragsdokumentet for 2011 omfattet følgende styringsparametre for forskning:

- årlig forskningspoeng
- årlige publikasjoner
- årlig ressursbruk til forskning og utvikling, herunder andel til psykisk helse og rus
- forskningsaktivitet på prioriterte fagområder, inkludert samhandlingsforskning
- søknader og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. rammeprogram for forskning og teknologiutvikling
- status og resultater for etablert forskningssamarbeid mellom regionale helseforetak

Det har vært en økning i forskningspoeng og en svak nedgang i avlagte doktorgrader i 2011, jf. kap. 732, post 78. De regionale helseforetakene har rapportert en total årlig ressursbruk til forsk-

ning inkludert personell, infrastruktur og eksterne finansieringskilder på vel 2,5 mrd. kroner i 2011. Den totale ressursbruken i 2011 tilsvarte om lag 2,4 pst. av totalbudsjettet til de regionale helseforetakene, som er samme andel som i 2010. Herav gikk om lag 12 pst. til psykisk helse forskning og 1,5 pst. til rusforskning. Det var forskningsaktivitet ved alle helseforetak. Universitetssykehusene sto for 83 pst. av rapporterte driftskostnader til forskning og 81 pst. av forskningsårsverkene.

Alle regionale helseforetak har rapportert forskningsprosjekter på de prioriterte fagområdene rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, KOLS, diabetes, eldremedisin og samhandling. Årlig rapportering viser at det fortsatt er et stort potensial for å øke omfanget av søknader til Norges forskningsråd og EUs 7. rammeprogram for helseforskning.

Nasjonalt forskningssamarbeid med forsker-nettverk og koordinatorfunksjon innenfor hjertekarsykdommer, nevrologiske sykdommer og alvorlige psykiske lidelser mellom de regionale helseforetakene er videreført. Disse vil gjennomgå en egevaluering i regi av Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i 2012. Et samarbeid om kreftforskning og muskel- og skjelettsykdommer er besluttet etablert, i tillegg er det besluttet å starte prosessen med etablering av helsetjenesteforskning som nytt satsningsområde. Et utredningsarbeid om dette er ventet avsluttet i 2012. Alle nevnte nye satsninger er under ledelse av Helse Sør-Øst RHF.

De regionale helseforetakene har finansiert samhandlingsforskning i tråd med kravet på totalt minst 15 mill. kroner. Helse Sør-Øst RHF alene anslår eksempelvis en ressursbruk i egen region på rundt 20 mill. kroner til samhandlingsforsknings- og utviklingstiltak. De regionale helseforetakene har i tråd med Nasjonal helse- og omsorgsplan etablert et norsk nettverk for forskningsinfrastruktur for kliniske studier, NorCRIN. Nettverket er tatt inn i det europeiske nettverket for klinisk forskning (ECRIN).

Alle helseforetak har implementert Norsk vitenskapsindeks/CRISTin som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene fra 2011.

I 2011 er seks av helseforetakene godkjent som universitetssykehus i Norge, disse er Helse Bergen HF, Haukeland universitetssykehus, Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssykehus, St. Olavs Hospital HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN), Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF.

Økonomisk resultat og investeringer

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre riktige faglige prioriteringer og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Helse- og omsorgsdepartementet har også i 2011 hatt en tett oppfølging av de regionale helseforetakene på økonomiområdet. De regionale helseforetakene har hver måned rapportert til departementet på økonomisk resultat, likviditet, aktivitet, bemanning og sykefravær og tertialvis på kontantstrøm og investeringer. Rapporteringen følges opp i møter mellom departementet og de regionale helseforetakene.

God kontroll med økonomien er en forutsetning for bevisste prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig videreutvikling av sykehusene. Tidligere negative resultater har ført til redusert egenkapital og bruk av driftskreditter. De positive resultatene som nå kommer fram, er viktige for å sikre bæredyktig virksomhet i de regionale helseforetakene. Det er viktig at de regionale helseforetakene legger til grunn et fornuftig forhold mellom drift, forskning, utdanning og investeringer i sin planlegging. De regionale helseforetakene har langtidspaner hvor de har lagt til grunn en økning i verdien av bygg og utstyr, noe som forutsetter positive regnskapsresultater.

Det ble i foretaksmøtene i januar 2011 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle gå i økonomisk balanse i 2011, samt at det ble satt et tak for bruk av driftskreditt. Dette innebærer at drift og investeringer ved de regionale helseforetakene må håndteres innenfor bevilget ramme. Samtidig ble det tatt følgende forbehold:

«Det økonomiske opplegget for 2011 i Prop. 1 S (2010–2011) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene ville bli på om lag samme nivå som lagt til grunn i Prop. 1 S (2009–2010). Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2011 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. Foretaksmøtet presiserte at de regionale helseforetakene i utgangspunktet må håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer, jf. føringer gitt i St.prp. nr. 1 (2008–2009) og Prop. 1 S (2010–2011). Dersom det viser seg at det blir større endrin-

ger i kostnadsnivået i forhold til det som ble lagt til grunn i Prop. 1 S (2010–2011) vil det bli tatt stilling til om det er grunnlag for forslag om endringer i bevilgningen til de regionale helseforetakene.»

Oppdaterte beregninger viste at pensjonskostnadene for de regionale helseforetakene økte med 1 600 mill. kroner i 2011. Gjennom behandlingen av Prop. 120 S (2010–2011) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2011 ble det vedtatt en økning av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene med 1 600 mill. kroner. Styringskravet for 2011 om økonomisk balanse ble således opprettholdt.

I perioden 2002–2011 er det akkumulerte korrigerede regnskapsmessige årsresultatet minus 7,8 mrd. kroner og det akkumulerte ordinære regnskapsmessige årsresultatet minus 18,1 mrd. kroner. Forskjellen mellom resultatbegrepene skyldes unntak for regnskapsmessige avskrivninger som var høyere enn bevilgningen til gjenanskaffelse av bygg og utstyr på 10,3 mrd. kroner i perioden 2003–2008. I samme periode ble også økte pensjonskostnader på til sammen 4,8 mrd. kroner unntatt fra resultatkravet. Dette ble kompensert i 2010.

Tabell 4.6 Akkumulert resultat 2002–2011

Akkumulert regnskapsmessig underskudd	18,1 mrd. kr
Unntak for udekkede regnskapsmessige avskrivninger	10,3 mrd. kr
Akkumulert korrigert resultat	7,8 mrd. kr

Årsregnskapene for 2011 ble godkjent i foretaksmøter i juni 2012. For tredje år på rad etter at staten overtok eierskapet for spesialisthelsetjenesten, ble det et positivt resultat for de regionale helseforetakene samlet sett. Det ble i 2011 et samlet positivt avvik fra resultatkravet på 766 mill. kroner. Dette er lavere enn i 2010 og forklares med resultatforverringen i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst sitt underskudd i 2011 utgjør 0,8 pst. av regionens samlede inntekter. De øvrige tre regionene hadde positive økonomiske resultater i størrelsesorden 373–455 mill. kroner, hvilket utgjør 2,1–2,7 pst. av inntektene.

Tabell 4.7 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2011

(i mill. kr)	Helse Sør	Helse Øst	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
2002	-514	97		-313	24	-120	-826
2003	-697	-29		-524	-461	-262	-1 973
2004	-779	58		-531	-498	-175	-1 925
2005	-498	42		-182	-572	-165	-1 375
2006 ¹	-307	-15		-405	-711	-433	-1 870
Perioden 2002–2006	-2 795	153	-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
2010 ⁵			172	436	548	112	1 267
2011 ⁴			-478	455	417	373	766
Akkumulert			-4 617	-1 139	-963	-1 053	-7 773

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 sammenliknet med eiers styringsmål der det samlede ordinære årsresultatet ikke skulle være større enn -1,4 mrd. kroner. I tillegg er økte pensjonskostnader på til sammen 3,26 mrd. kroner unntatt fra dette resultatkravet.

³ For 2008 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål der 600 mill. kroner i økte pensjonskostnader ble unntatt fra et opprinnelig krav til økonomisk balanse.

⁴ For 2009 og 2011 vises ordinært regnskapsmessig resultat ettersom eiers styringsmål var et årsresultat i balanse.

⁵ For 2010 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål om et positivt resultat på samlet 4,8 mrd. kroner.

Det positive resultatet i 2011 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 44 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 221 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. Tatt hensyn til disse effektene er departementets vurderingsgrunnlag for resultatoppnåelse et positivt resultat på 943 mill. kroner.

Tabell 4.8 Anslått økonomisk resultat for de regionale helseforetakene i 2012

Helse Sør-Øst	-350 til -200
Helse Vest	+350 til +450
Helse Midt-Norge	+350 til +450
Helse Nord	+300 til +400

Det er stilt krav om at de regionale helseforetakene skal gå i økonomisk balanse i 2012. Videre skal de sikre en forsvarlig likviditetsstyring og håndtere driftskreditten innenfor vedtatte rammer.

Tre av fire helseregioner hadde positive økonomiske resultater i 2011 og har derfor et godt utgangspunkt for å nå kravet om økonomisk balanse også i 2012. Disse har budsjettert med positive driftsresultater i størrelsesorden 230–350 mill. kroner for 2012. Helse Sør-Øst hadde et regnskapsmessig underskudd i 2011 på nær 500 mill. kroner og har budsjettert med økonomisk balanse i 2012. Foreløpige prognoser for Helse Sør-Øst indikerer et negativt økonomisk resultat i størrelsesorden 200 til 350 mill. kroner. De øvrige helseregionene har rapportert årsprognoser i tråd med eller bedre enn sine opprinnelige budsjetter. Årsprognosene er beheftet med usikkerhet.

Tabell 4.9 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2011

(i mill. kr)	2003	2011	Endring	Pst. endring
Helse Sør-Øst	36 913	39 907	2 994	8,1
Helse Vest	12 095	13 087	991	8,2
Helse Midt-Norge	9 001	14 489	5 488	61,0
Helse Nord	8 578	8 050	-527	-6,1
Sum	66 587	75 533	8 946	13,4

Kilde: Årsrapport 2011, Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Midler til investeringer inngår derfor som en del av basisbevilgningen og ikke som øremerkede tilskudd. Enkelte større prosjekter kan delvis lånefinansieres ved låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet.

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 prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring.

Kostnader som følge av slitasje og elde på bygg og utstyr kommer fram 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. Mens avskrivningskostnaden er en relativt stabil størrelse, vil de årlige investeringene kunne variere avhengig av hvilke store utbygginger som pågår. Etter at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten har investeringstakten vært høy og har ført til at verdien av bygg og utstyr i helseforetakene har økt. I 2011 investerte helseforetakene for om lag 5,3 mrd. kroner i bygg og utstyr. Dette var om lag 600 mill. kroner lavere enn samlede av- og nedskrivninger, noe som innebærer at den samlede verdien på helseforetakenes bygg og utstyr ble noe redusert i 2011.

Gjennom basisrammen og lån har de regionale helseforetakene et godt handlingsrom for planlegging og gjennomføring av større investeringer. De regionale helseforetakene har lang-

tidsbudsjetter som viser at de ønsker å øke investeringsnivået framover.

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr. Verdien på sykehuses bygg og utstyr har økt med om lag 9 mrd. kroner nominelt i perioden 2003 til 2011. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Verdien av bygg og utstyr er redusert i Helse Nord, men det er satt i gang og planlegges flere større byggeprosjekter i regionen.

Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til dagens drift og for å få en mer funksjonell bygningsmasse. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer.

I 2011 ble det utbetalt 912 mill. kroner i investeringslån til utbygging av nytt østfoldsykehus, nytt barne- og ungdomssenter ved Helse Bergen, Haukeland, ny barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (Bupa) ved Helse Stavanger, fase 2 ved St. Olavs Hospital, modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset, Bodø og nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset, Vesterålen, jf. omtale under kap. 732, post 82. Ny barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk ved Helse Stavanger ble offisielt åpnet i august 2012.

Organisasjonsendringene i hovedstadsområdet

Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF i 2007. Omstillingene i regionen skal bidra til å sikre befolkningen gode helsetjenester innenfor bærekraftige rammer. Før sammenslåingen lå sykehusene i hovedstaden i to helseregioner og parallelle fagmiljøer var lokalisert på flere steder. Helse Sør-Øst RHF fikk i oppdrag å få til bedre samordning og ressursbruk i helseregionen generelt og i hovedstadsområdet spesielt.

Helse Sør-Øst RHF har delt regionen i syv sykehusområder og gjort endringer i foretaksstrukturen for å få til en god oppgavefordeling mellom helseforetakene og mellom sykehusene innad i helseforetakene. Helseforetakene i hovedstadsområdet, som består av Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, har utfordringer med å tilpasse drift, kostnader og bemanning til endrede oppgaver og budsjetterammer. Styret for Helse Sør-Øst RHF har under hele omstillingen lagt vekt på at kvaliteten på pasientbehandlingen skal være prioritert.

Helse- og omsorgsdepartementet har stilt særskilte styringskrav og hatt hyppige oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF for å følge opp og legge til rette for omstillingsarbeidet. Omstillingene i de tre helseforetakene må sees i sammenheng og i 2010 og 2011 har det i stor grad vært felles oppfølging overfor disse. Flere områder følges opp særskilt og inngår i rapporteringen til departementet, bl.a. tilpassing av bemanning, pasientsikkerhet, tilgjengelighet, fristbrudd, ventetider, arbeidsmiljø, kommunikasjon med ansatte, brukere og samarbeidspartnere og etablering av samhandlingsarena Aker.

Det vises forøvrig til Innst. 316 S (2011–2012) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om sak om deler av omstillingen ved Oslo universitetssykehus som ble behandlet i Stortinget 30. mai 2012.

Akershus universitetssykehus HF

Nye Akershus universitetssykehus stod ferdig i slutten av 2008, og fikk fra 1. januar 2011 utvidet opptaksområdet med 160 000 innbyggere. I 2011 og 2012 har helseforetaket arbeidet med å tilpasse virksomheten i tråd med dette. Endringen har vært krevende for organisasjonen. Det er rekruttert 1500 nye medarbeidere som har fått innføring i rutiner og blitt inkludert i den kliniske hverdagen. Det er foretatt flere mindre ombygginger og åpnet flere senger for å redusere presset på sengeområdene i forbindelse med kapasitetsutvidelsen.

Det var store utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig fagpersonell i første halvår 2011. Både Helsetilsynet og Arbeidstilsynet har fulgt opp bemanningssituasjonen og konsekvensene for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Fra sommeren 2011 har bemanningssituasjonen normalisert seg. Antall brudd på arbeidsmiljøloven og innleie av helsepersonell fra vikarbyrå er redusert med 62

pst. fra april 2011 til april 2012. Sykefraværet er redusert fra 7,2 pst. i april 2011 til 6,6 pst. i april 2012.

Akershus universitetssykehus har utfordringer i forhold til lange ventetider og fristbrudd, spesielt innen somatikk og psykisk helsevern for voksne. Det er satt i verk flere tiltak for å redusere ventelister og fristbrudd. Akershus universitetssykehus har også hatt en høy andel korridorpasienter. Utfordringene er størst ved medisinsk divisjon og i noen grad kirurgisk divisjon. Det er satt i verk tiltak og andelen korridorpasienter innen somatikk er redusert sammenliknet med 2011.

Akershus universitetssykehus har utarbeidet strategisk utviklingsplan 2012–2016 som grunnlag for videre utvikling av sykehuset.

Vestre Viken HF

Vestre Viken HF ble etablert 1. juli 2009. Som ledd i oppgavefordelingen mellom sykehusene i hovedstadsområdet har Vestre Viken overtatt områdefunksjoner for befolkningen i Asker og Bærum fra Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Det er også vedtatt oppgavefordeling mellom sykehusene innenfor helseforetaket, der både Drammen sykehus og Bærum sykehus skal ha lokal- og områdefunksjoner, tyngdepunktet av områdefunksjoner skal ligge ved Drammen sykehus. Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus skal videreutvikles som lokalsykehus innenfor de funksjonene som er vedtatt i strategiplanen for Vestre Viken.

Vestre Viken hadde i mai 2012 en gjennomsnittlig ventetid og andel fristbrudd som er lavere enn gjennomsnittet for sykehusene (inkl. private) i Helse Sør-Øst. Det arbeides med å redusere både ventetider og fristbrudd ved bedre kapasitetsutnyttelse og ekstra behandlingsskapasitet innenfor bl.a. ortopedi. Andelen korridorpasienter innen somatikk er redusert fra 2011 til 2012.

Styret for Vestre Viken HF behandlet i juni 2012 to rapporter fra konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF etter oppfølgingsrevisjon av den såkalte ventelistesaken ved tidligere Sykehuset Asker og Bærum. Rapportene bekrefter at det er satt i verk tiltak som har ført til forbedring og redusert risiko for at svikt skal skje lokalt i foretaket. Det gjenstår fortsatt forbedringsarbeid, særlig når det gjelder det pasientadministrative arbeidet. Det er utarbeidet en handlingsplan for oppfølging av revisjonens anbefalinger.

Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF ble etablert 1. januar 2009. Fra 2010 ble helseforetaket organisert med gjennomgående klinikker og felles ledelse på tvers av sykehusene.

Oslo universitetssykehus har etter sammenlåingen arbeidet med å endre oppgavefordelingen mellom egne sykehusenheter. Lokalsykehusfunksjoner skal samles på Ullevål sykehus og hovedtyngden av lands- og regionfunksjoner skal samles på Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Deler av Aker sykehus skal utvikles til samhandlingsarena med Oslo kommune.

Det er gjennomført og foregår samlokalisering, funksjonsfordeling og flytting av en rekke fagområder innenfor alle klinikker. Flytting av aktivitet fra Aker sykehus har tilrettelagt for nye tilbud på Aker sykehus som samhandlingsarena. Avrusning og rusakutt er nå samlet på Aker, det er etablert behandlingstilbud for ME-pasienter, geriatrisk poliklinikk og daghospital. Det er lagt opp til faglig samarbeid innenfor rehabilitering med Oslo kommune og Sunnaas sykehus.

Oslo universitetssykehus hadde i mai 2012 en gjennomsnittlig ventetid på 74 dager. Andelen fristbrudd var på 14 pst. i mai, mens andelen korridorpasienter per mai var på 0,9 pst., som er godt under gjennomsnittet for Helse Sør-Øst. Det arbeides med å redusere både ventetider og fristbrudd. Statistikken viser imidlertid at det kun er beskjeden nedgang i antall henviste pasienter til elektiv døgn- og dagbehandling og poliklinisk vurdering, sammenliknet med samme periode i 2011. Dette til tross for overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF i løpet av 2011 og gradvis overføring av oppgaver til Vestre Viken HF i 2011 og 1. halvår 2012. Det er imidlertid betydelig nedgang i antall døgnpasienter sammenliknet med samme periode i 2010, vesentlig betinget i at akutt pasienter raskt ble overført fra 1. januar 2011 i henhold til planene.

Det er behov for omfattende investeringer ved Oslo universitetssykehus og flere år med underskudd i driften har medført et lavt investeringsnivå. Det er avgjørende at nødvendige omstillinger gjennomføres. Stortinget satte i 2012 av en låneramme på 750 mill. kroner til første fase av omstillingene ved Oslo universitetssykehus som vil bli betalt ut i perioden 2012–2013 og ev. også i 2014. Det er vedtatt en arealutviklingsplan for Oslo universitetssykehus som vil bli lagt til grunn for det videre planleggingsarbeidet. Det er forutsatt at Oslo universitetssykehus fram mot 2025 vil ha somatisk virksomhet på tre hovedlokalisasjo-

ner. I vurderingen av prosjekter framover vil det bli belyst hvilke tiltak som må gjennomføres for å tilfredsstille myndighetskrav og pålegg fra bl.a. Arbeidstilsyn og Branntilsyn.

Oslo universitetssykehus har etablert midlertidige løsninger for å sikre tilgang til de kliniske og pasientadministrative systemene på tvers av sykehusene. Om lag 0,5 mrd. kroner skal investeres i nytt felles pasientadministrativt system som skal implementeres i 2014.

Økonomi

Vestre Viken hadde krav om et positivt resultat på 71 mill. kroner i 2011. Årsresultatet ble et negativt resultat på 220 mill. kroner. Akershus universitetssykehus hadde i 2011 et negativt årsresultat og avvik mot budsjettet på 223 mill. kroner. Oslo universitetssykehus fikk anledning til å ha et negativt resultat på 400 mill. kroner i 2011. Årsresultatet ble et negativt resultat på 559 mill. kroner. Samlet fikk Helse Sør-Øst et negativt årsresultat på 478 mill. kroner i 2011. De fleste helseforetakene i regionen oppnådde positive økonomiske resultater i 2011 og bidro til å redusere det samlede negative årsresultatet for helseregionen.

Oslo universitetssykehus har i utgangspunktet blitt gitt anledning til et negativt resultat på 400 mill. kroner i 2012, men har så langt i år negative avvik mot dette. Akershus universitetssykehus har krav om et positivt resultat på 30 mill. kroner i 2012, men antas å få et negativt årsresultat på nær 70 mill. kroner. Vestre Viken har krav om å gå i balanse, men melder om et anslått negativt årsresultat på 120 mill. kroner. De øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst antar at de vil få positive økonomiske resultater i 2012 slik at den samlede prognosen for Helse Sør-Øst ligger an til å bli et negativt årsresultat i størrelsesorden 200 til 350 mill. kroner.

Faste stillinger, deltid, inkluderende arbeidsliv og sykefravær

Helseforetakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som bidrar til gode arbeidsplasser og god og riktig bruk av medarbeiderne. Helseforetakene må følge arbeidsmiljølovens bestemmelser om at faste stillinger skal være hovedregelen og at midlertidige stillinger og vikariater skal begrenses til et minimum. Helseforetakene skal planlegge og sette i verk tiltak for å sikre riktig bemanning med riktig kompetanse, både på kort og lang sikt.

I 2011 ble det stilt krav om å redusere andelen deltid med minst 20 pst. De regionale helseforetakene har arbeidet systematisk med å utvikle kunnskap om hva som er årsaken til at medarbeidere er i deltidsstillinger, og har satt i gang tiltak for å øke gjennomsnittlig stillingsprosent for medarbeidere ansatt i deltidsstillinger.

For 2012 er det stilt krav om å videreføre arbeidet med å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene.

Helseforetakene har samlet sett høyere sykefravær enn andre sektorer. Det har vært en svak reduksjon i sykefraværet fra første halvår 2009 til utgangen av 2011.

Særskilte satsingsområder i 2013

Gjennomgang av årlig melding fra de regionale helseforetakene og andre aktuelle informasjonskilder, bl.a. Helsetilsynets tilsynserfaringer, har synliggjort noen områder som bør ha særskilt oppmerksomhet.

Brukerorientering – pasientopplæring

En brukerorientert helsetjeneste setter behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende som utgangspunkt for beslutninger og tiltak. Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte slik at de får en aktiv rolle i egen behandling. Det bør legges vekt på tiltak for å bedre pasientens opplevelse av kvalitet og service. Pasientsikkerheten kan bedres gjennom pasientmedvirkning og bedre kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Helsepersonellens kompetanse på kommunikasjon skal styrkes. Departementet vil stille krav om å styrkepasient- og brukeropplæringstilbudene for å legge til rette for egenomsorg og mestring. Pasient- og brukererfaringer skal brukes aktivt for å gjøre tjenestene mer brukerorientert. Brukermedvirkning i forskning skal videreutvikles.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Det er et mål at det skal være åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Kvalitet og pasientsikkerhet vil stå sentralt i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal følge opp egne resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer og arbeide aktivt for å forbedre disse. Det er avgjørende at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er ledelsesforankret på alle nivåer. Pasientsikkerhetskampanjen

skal videreføres i 2013 med tiltak for å forebygge infeksjoner, legemiddelfeil, selvmord, overdosetilfelle, trykksår og for bedre behandling av hjerne slag. Gjennom kampanjen er det utviklet indikatorer for lokalt forbedringsarbeid.

Arbeidet med å sikre at nasjonale medisinske kvalitetsregistre har felles infrastruktur og nasjonal dekning må videreføres. **Bruk av data fra kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring og forskning skal øke.**

De regionale helseforetakene må sørge for at nasjonale faglige retningslinjer gjøres kjent i helseforetakene og at de legges til grunn i pasientbehandlingen.

Regjeringen vil i 2012 legge fram en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen er en oppfølging av samhandlingsreformen og føringer i Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Nytt system for innføring av nye metoder

I 2013 skal de regionale helseforetakene implementere nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens legemiddelverk og Helse- og omsorgsdepartementet. Innføring av systemet er et langsiktig utviklingsarbeid som vil stille store krav til etablering av nødvendige støttefunksjoner, kulturendring og koordinering mellom involverte aktører. Det er behov for samhandling med brukere og pasientorganisasjoner, primærhelsetjeneste, innovasjons- og forskningsmiljøer og produsenter av ny teknologi.

Tilgjengelighet og gode pasientforløp.

Det er et mål at ventetidene skal reduseres, og fristbrudd skal ikke forekomme. Det er videre et mål å sikre riktig prioritering av pasienter. De regionale helseforetakene skal derfor påse at prioriteringsveilederne, utgitt av Helsedirektoratet, tas i bruk i tjenesten som grunnlag for vurdering av henvisninger.

Det er fortsatt behov for å sikre at helsepersonell har kunnskap om pasient- og brukerrettigheter, og at det er god kompetanse og rutiner i bruk av pasientadministrative data slik at håndtering av henvisninger, prioritering og informasjon til pasienter skjer på forsvarlig måte. Koordineringsfunksjonen i sykehusene må styrkes. Dette kan bl.a. skje ved at pasienter som skal ha utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten får en behandlingsplan med antatte tidspunkter for de ulike elementer i pasientforløpet. En behandlings-

plan vil gi større grad av forutsigbarhet for pasienten, men også bidra til bedre planlegging og utnyttelse av ressursene i sykehuset. Behandlingsplanen vil ikke gi pasienten nye juridiske rettigheter, men vil være et arbeidsredskap for pasient og behandler som det ofte vil være nødvendig å revidere underveis i forløpet.

I henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-5a skal det for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester oppnevnes koordinator. Mange pasientgrupper vil ha behov for koordinering av forløpet i spesialisthelsetjenesten selv om de ikke omfattes av lovkravet. Departementet vil derfor vurdere å be om at helseforetakene oppretter koordinatorfunksjoner for flere grupper av pasienter.

Kreftbehandling

Bedre og mer effektiv utredning og behandling av kreftsykdommer er et viktig satsingsområde. Høsten 2012 vil det bli lansert en ny kreftstrategi. Strategien blir utarbeidet i samarbeid med Kreftforeningen.

Departementet vil fortsatt følge opp at de regionale helseforetakene organiserer behandlingstilbudet for kreftpasienter slik at tilgjengelighet og kompetanse sikres, og at de regionale helseforetakene har et system for å overvåke at vedtatt funksjonsfordeling følges opp.

Flaskehalsen innen patologi og radiologi må reduseres, og de regionale helseforetakene må styre kapasiteten innen privat/offentlig virksomhet slik at det sikres tilstrekkelig kapasitet i det offentlige for utredning og oppfølging av kreftpasienter. Det er lagt til rette for en vekst på 6,5 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter laboratorier og radiologi. Videre foreslås det å videreføre tilskuddet til pilotprosjekt på screening for tykk- og endetarmskreft.

Det foreslås midler til planlegging av et norsk senter for partikkelterapi, og etablering av system for innføring av ny teknologi (inkl. kreftbehandling) i spesialisthelsetjenesten. Videre foreslås det midler til Kreftlinjen, til etablering av pusterom, vardesentre, beslutningsstøtteverktøy og til å utvikle flere kvalitetsindikatorer på kreftområdet. Arbeidet med å få ned ventetiden for brystrekonstruksjon etter brystkreft videreføres.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige

Det er fortsatt behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på institusjonsbehandling

og til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging. Så langt mulig bør sykehusfunksjonene etableres i generelle sykehus, dvs. sammen med somatiske funksjoner. Sykehusene skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå. Ressursfordelingen mellom DPS (distriktpsychiatriske sentre) og sykehusavdelingene må dimensjoneres i tråd med føringene og tilpasses lokale forhold i befolkningens behov. Det er et mål at DPS skal utvikles til å ha nødvendige akuttfunksjoner. DPS forutsettes å være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen har lagt fram Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg! – en helhetlig rusmiddelpolitikk*. Meldingen legger til grunn at de kommunale tjenestene styrkes, kombinert med en tilgjengelig, desentralisert og understøttende spesialisthelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten bør bli mer fleksibel, med raskere intervensjoner og bedre oppfølging over tid. Mange personer med rusproblemer har også psykiske lidelser. Meldingen vektlegger derfor at tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling knyttes tettere sammen. Det er derfor et mål at DPS-strukturen legges til grunn for framtidige tjenester til personer med rus- og avhengighetsproblemer, der lokale og regionale forhold tilsier dette. Det er i tillegg et mål å opprettholde og bidra til forutsigbarhet og langsiktighet i samarbeidsavtalene mellom private tjenesteytere og de regionale helseforetakene. De private institusjonene bør knyttes tettere opp til de offentlige tjenestetilbudene og det bør i større grad stilles krav om integrering med øvrige tjenester.

Samhandlingsreformen

I 2013 skal de regionale helseforetakene fortsette samarbeidet med kommunene om samhandlingsreformen. Aktuelle områder for samarbeid med kommunene er lokale tilbud, utdanning, kompetanseutvikling og forskning. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med kommuner inngå avtaler om kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og etablere lokalmedisinske sentre. De lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak skal legge til rette for helhetlige pasientforløp, samarbeid og arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner. God samhandling er særlig av betydning for personer med langvarige og sammensatte lidelser.

Det er etablert tre økonomiske virkemidler: kommunal medfinansiering for medisinske opphold og konsultasjoner, betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og plikt for kommunene til å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Det

vises til nærmere omtale av virkemidlene under kap. 732, post 72–75.

De økonomiske virkemidlene omfatter i første omgang ikke pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer. I Meld. St. 30 (2011–2012) er det varslet at det tas sikte på en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter så snart det lar seg gjennomføre og at det skal utredes videre om plikten for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud også skal omfatte personer med rusproblemer og psykiske lidelser. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringene med innfasing av samhandlingsreformen og kvaliteten på registreringen som må ligge til grunn for oppgjørsordningen.

Nasjonalt samarbeid

De regionale helseforetakene har hver for seg oppnådd gode resultater både når det gjelder aktivitet, kvalitet og økonomi. Etter innføringen av helseforetaksmodellen i 2002 har hovedfokuset vært å koordinere og effektivisere spesialisthelsetjenestens ulike aktiviteter innad i den enkelte region. Dette arbeides det med kontinuerlig. De regionale helseforetakene har også arbeidet med bedre organisering av ikke-medisinske støttefunksjoner. Dette har resultert i etablering av regionale enheter og organisasjoner på områder som IKT, økonomi, regnskap, HR mv.

Det har vært nasjonalt samarbeid for å løse felles utfordringer for helseregionene, bl.a. på beredskapsområdet, innen forskning og innovasjon og om nasjonale tjenester. Det ble tidlig etablert felleseide organisasjoner som Luftambulansetjenesten ANS, Helseforetakenes innkjøpsservice AS, Pasientreiser ANS, og mindre formalisert samarbeid som Nasjonal IKT, hvor en søker å koordinere felles utfordringer på IKT-feltet.

De regionale helseforetakene har i sitt felles arbeid med nasjonal samhandling og standardisering, sett at det særlig er potensial for økt samarbeid innenfor innkjøp og logistikk, HR og e-læring, støtte til forbedringsarbeid, økonomi- og virksomhetsstyring, eiendom og investeringer, IKT, innovasjon og nødnett. For fire av disse hovedområdene (eiendom, IKT, innovasjon, nødnett) pågår det allerede arbeid i etablerte nasjonale prosjekter og nettverk.

Regjeringen har i Prop. 120 L (2011–2012) fremmet forslag om endringer i helseforetaksloven. Forslaget til endringer i helseforetaksloven § 42 åpner for at regionale helseforetak og helsefor-

etak skal kunne etablere og eie et helseforetak sammen. Denne organisasjonsformen skal kunne benyttes for å organisere nasjonale enheter for sentrale støttefunksjoner til spesialisthelsetjenesten.

På grunnlag av de regionale helseforetakenes felles arbeid med nasjonal samhandling og standardisering vil Helse- og omsorgsdepartementet vurdere nye krav til felles nasjonale løsninger. Aktuelle områder er IKT, innkjøp og bygg.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som er finansiert i 2011 eller som vil bli finansiert i 2012. Det foreslås bevilget 8,9 mill. kroner.

Prehospitale tjenester

Helsedirektoratet fikk i 2006 i oppdrag å utvikle et system for innsamling og bearbeiding av data fra de prehospitale tjenester. I 2009 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å legge til rette for innrapportering av data fra den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Helsedirektoratet ble i 2011 tildelt 1,8 mill. kroner og i 2012 1 mill. kroner til dette arbeidet. Prosjektene må sees i sammenheng og er i første omgang begrenset til driftsdata fra de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene og data fra bilambulansetjenesten. Prosjektet skal videreføres for å heve datakvaliteten og utvikle et mer omfattende datasett. Fra 2013 finansieres dette over Helsedirektoratets driftsbudsjett, jf. kap. 720, post 01.

Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet måler Nifu (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning) forskningsaktiviteten i helseforetakene. Måleresultatene ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning over kap. 732, post 78. Oppdraget til Nifu inkluderer også å videreutvikle målesystemet for forskning i de regionale helseforetakene, herunder å vurdere innovasjonsindikatorer.

Nasjonalt vitenskapsindeks (NVI) vil fra 2012 brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner i CRISTin, et felles forskningsdokumentasjonssystem for universitets-, høyskole- og institutt- og helsesektoren.

Analyser av spesialisthelsetjenesten i de nordiske land

Sintef Teknologi og samfunn og Frischsenteret har på oppdrag fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) belyst ulikheter i spesialisthelsetjenester i de nordiske land (Norge, Sverige, Danmark og Finland). Nedenfor er noen av konklusjonene oppsummert fra rapporten Spesialisthelsetjenesten i Norden. Sykehusstruktur, styringsstruktur og lokal arbeidsorganisering.

Finland har det mest desentraliserte styrings-systemet og de finske sykehusdistriktene ser ut til å ha størst autonomi vedrørende større drifts- og investeringsbeslutninger. Styringen av sykehuse-sene synes å være relativ lik gjennom bruk av styringsdokumenter, rapportering og møter. Norge synes likevel å ha den sterkeste styringen hvor man setter detaljerte krav med hyppig rapportering og oppfølging på økonomi, ventetid og kvalitet.

Danmark har en høy befolkningstetthet. I de øvrige landene bor 10–15 pst. av befolkningen i de nordlige områdene med lav befolkningstetthet og store avstander, selv om bosettingsmønsteret innenfor de minst befolkede områdene varierer mellom landene. Norge ser ut til å ha en relativt sett mer desentralisert sykehusstruktur med flere sykehus med akutfunksjoner og fødetilbud sett i forhold til innbyggertallet. F.eks. er det i Finland 26 sykehus med fødetilbud mot 49 i Sverige, 23 i Danmark og 48 i Norge. Dette kan skyldes forskjeller i bosettingsmønster og geografi.

Oppfølging av Vest-Tank ulykken

Som en oppfølging av Vest-Tank ulykken i Gulen i mai 2007 ble det gitt et tilbud om helseundersøkelse til befolkningen i kommunene Gulen og Masfjorden i 2008. Helse Vest RHF har gjennom Helse Bergen HF tatt et ansvar for å gjennomføre en slik oppfølgingsundersøkelse. Undersøkelsen går imidlertid utover spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, og det blir derfor gitt en særskilt finansiering til deler av dette arbeidet. Tilskuddet videreføres i 2013 med 2,5 mill. kroner. 2013 er siste året som tilskuddet gis. Totalt er det gitt 12,5 mill. kroner i perioden 2009–2013 til oppfølgingsundersøkelsen.

Post 70 Særskilte tilskudd

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 1 mill. kroner fra kap. 732, post 72–75 knyttet til turnustjeneste for leger og fysioterapeuter
- 75,9 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 knyttet til luftambulansetjenesten

Hovedregelen er at tildeling til basisbevilgningene til regionale helseforetak skjer over post 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70. Det foreslås å bevilge 372,1 mill. kroner i 2013 til tilskudd som følger.

Ny nasjonal strategi for kreftområdet og partikkelterapi

Antall krefttilfeller øker. Samtidig har også overlevelsen økt. 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. Regjeringen ønsker å bedre kreftbehandlingen. Det foreslås til sammen 135 mill. kroner til følgende tiltak:

- 100 mill. kroner til brystrekonstruksjon i 2013, jf. post 72–75 og 76.
- 15 mill. kroner til planlegging av et norsk senter for partikkelterapi
- 5 mill. kroner til pusterom, jf. kap. 732, post 72–75
- 6 mill. kroner til vardedentre, jf. kap. 732, post 72–75
- 2 mill. kroner til beslutningsstøtteverktøy for pasienter slik at pasienter sammen med helsepersonell kan treffe valg som er i tråd med deres verdier og preferanser, jf. kap. 781, post 79
- 1 mill. kroner til Kreftlinjen, jf. kap. 781, post 79
- 1 mill. kroner til nasjonale kvalitetsindikatorer innen kreftområdet, jf. kap. 720, post 01
- 5 mill. kroner til etablering av system for innføring av ny teknologi (inkludert kreftbehandling) i spesialisthelsetjenesten, jf. kap. 720, post 01, kap. 725, post 01 og kap. 750, post 01.

Partikkelterapi, spesielt protonbehandling, er tatt i bruk internasjonalt. Det er grunn til å tro at partikkelterapi vil være å foretrekke framfor konvensjonell stråleterapi for et økende antall kreftformer, og at partikkelterapi til en viss grad vil kunne erstatte behovet for nye strålemaskiner. Helse Vest RHF får i oppdrag å planlegge av et norsk senter for partikkelterapi. Dette skal skje i samarbeid med de andre regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

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 registrering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Kreftregisterforskriften.

Kreftregisteret registrerer alle krefttilfeller samt en rekke forstadier til kreft i et landsdekkende register. Et mål er å sikre komplette data med høy kvalitet som kan brukes til helseovervåking, kvalitetssikring og forskning. Kvalitetsundersøkelser har vist en kompletthet av kreftdiagnoser på 98,8 pst. Cancer in Norway publiseres årlig, og inneholder data over alle krefttyper, fordelt på bl.a. kjønn, alder og fylke.

Kreftregisteret har, sammen med kliniske miljøer, etablert registre for enkelte kreftformer. Disse registrene vil i tiden framover gi mer utfyllende og komplett informasjon om diagnostisk utredning, primærbehandling, sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon, metoder og resultat. Slike data er nødvendige og verdifulle for forskning, for kvalitetssikring av at norske sykehus bruker de beste behandlingsmetoder og for å sikre likt behandlingstilbud i hele landet. To kvalitetsregistre har nasjonal status. Kreftregisteret driver forskning på risikofaktorer for kreftutvikling og progresjon, registerbasert klinisk forskning og forskningsbasert kvalitetssikring av diagnostikk og behandling. Kreftregisteret la i 2010 om til kryptert koding for bedre elektroniske løsninger.

Kreftregisteret har ansvar for masseundersøkelser (screening) som har til hensikt å forebygge kreftdød ved å oppdage kreftsykdom eller forstadier til kreftsykdom så tidlig som mulig. Det foreslås et tilskudd på 99,1 mill. kroner i 2013. Det vises til omtale av evaluering av Mammografiprogrammet under kap. 780 Forskning.

Pilotprosjekt screening for tykk- og endetarmskreft

Målet for prosjektet er å forebygge utvikling av tarmkreft (CRC) og død. På bakgrunn av erfaringene fra pilotprosjektet, skal det vurderes om det på lengre sikt skal startes opp et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft.

Styringsgruppe og en referansegruppe for prosjektet er etablert. Styringsgruppen ledes av Helsedirektoratet. Det er etablert et sekretariat for prosjektet i Kreftregisteret. To screeningsentre er etablert i Vestre Viken HF, Bærum sykehus

og Sykehuset Østfold HF, Moss. De første deltakerne ble undersøkt i april 2012. I løpet av fire år skal 140 000 deltakere (alder 50–74 år) fra alle Østfold-kommunene, Asker, Bærum og Ringerike inviteres. Et eget laboratorium for prøvebehandling i prosjektet er opprettet ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet. En skopiskole er etablert i samarbeid mellom screeningsentrene og Oslo universitetssykehus HF, og legene som skal gjennomføre skopiene har fått opplæring.

De første resultatene vil bli tilgjengelige i løpet av året. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011–2012) ble det tilskuddet økt med 3,1 mill. kroner til flere patologitjenester, økt opplæring av skopører og en forskningsbasert følgeevaluering prosjektet innenfor posten. Økningen foreslås videreført i 2013. Det foreslås bevilget 29,8 mill. kroner til prosjektet, inkludert evaluering, i 2013.

Prosjekt Nordfjord sykehus

Regjeringen har satt i gang et treårig nasjonalt prosjekt ved Nordfjord sykehus fra 2011 til 2013, jf. Prop. 120 S (2010–2011). Det foreslås å videreføre tilskuddet med 26,7 mill. kroner i 2013.

Sykestuefinansiering

Forsøksordningen med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark har pågått fra 2009 til 2011. Det er fortsatt behov for faglig utvikling av sykestuetjenestene og videreutvikling av samarbeidsmodellen. Departementet er kjent med at det er nedsatt en arbeidsgruppe med medlemmer fra KS og Helse Finnmark HF om sykestuene i Finnmark. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 8,6 mill. kroner i 2013. Kravene til registrering og rapportering av pasientbehandlingen til Norsk pasientregister videreføres i 2013. Tilskuddet videreføres etter 2014. Det er behov for desentraliserte spesialisthelsetjenester ved sykestuene i Finnmark.

Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som lege eller fysioterapeut, jf. omtale under kap. 783, post 61 Turnustjeneste. Formålet med tilskuddet er å sikre god kvalitet på turnustjenesten, herunder god veiledning, og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene ved å kompen-

sere for del av kommunenes kostnader i forbindelse med turnustjenesten. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i sykehus dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, post 72–75). Det vises til kap. 783, post 61 for nærmere omtale av omleggingen av turnustjenester for leger.

Det årlige tilskuddet per turnusplass er 26 600 kroner i 2012. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private oppføringsinstitusjoner som det er inngått avtale med.

Det fordeles om lag 475 turnusplasser for leger i sykehus hvert halvår. Rapport fra forsøk med tredelt turnustjeneste for leger (seks måneder indremedisin, tre måneder kirurgi og psykisk helsevern) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF ble avgitt i 2012. Forsøket med direkte tildeling av turnusplasser i Finnmark avsluttes ved overgang til ny ordning. Erfaringene fra forsøkene tas med i arbeidet med etablering av ny turnusordning for leger.

Det var om lag 300 turnuskandidater for fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten i 2011. De er i sykehus et halvt år. Prognoser viser økt behov for turnusplasser for fysioterapeuter. I 2012 ble det i turnusforskriften for fysioterapeuter innført bestemmelser om at kandidater som ikke har fått turnusplass blir overført til venteliste. Ventetiden for turnusstart kan være på inntil 1 år. Det forutsettes at arbeidet med å skaffe flere turnusplasser fortsetter. Det forelås å øke antallet turnusplasser i spesialisthelsetjenesten med 40 plasser.

Det foreslås et tilskudd på 30,8 mill. kroner i 2013. Beløpet inkluderer en flytting på 1 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75. Tilskuddet vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokument for 2013.

Omlegging av arbeidsgiveravgift

Omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004 innebar opprettholdelse av nullsats i Nord-Troms og Finnmark, mens det i øvrige soner skulle brukes høyeste sats (14,1 pst.). Samtidig ble det innført en kompensasjonsordning til helseforetakene for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift. Fra 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 helseforetakene ble derfor redusert fra 2007. Kompensasjonsbeløpet foreslås videreført i 2013 med 151,6 mill. kroner, med følgende fordeling:

- 22,3 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 26,2 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 26,7 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 76,4 mill. kroner til Helse Nord RHF

Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling

I Helse Sør-Øst er det opprettet en koordineringsenhet for dom til behandling. I 2012 ble det bevilget 1,5 mill. kroner til utvidelse til en nasjonal koordineringsenhet som kan føre oversikt med alle som dømmes til særreaksjon innen psykisk helsevern. Enheten skal også legge til rette for en nødvendig koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten og politi/rettsapparat. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 1,5 mill. kroner til koordinering, registrering og drift ved enheten.

Institutt for sjelesorg ved Modum Bad

Institutt for sjelesorg ved Modum Bad har et lavterskeltilbud for mennesker som ikke trenger psykiatrisk behandling, men som trenger livshjelp for lettere å komme gjennom ulike typer av livskriser. Det foreslås et tilskudd på 1,1 mill. kroner i 2013.

Narkolepsi hos barn

Det er behov for å sikre særlig god oppfølging av barn og unge som har utviklet narkolepsi med mulig tilknytning til Pandemrix-vaksinen. For å styrke kunnskapsgrunnlaget om diagnostikk, behandling og oppfølging av pasientgruppen, er det viktig å etablere et samtykkebasert kvalitetsregister for narkolepsi. Et kvalitetsregister vil sikre god dokumentasjon av effekt, kvalitet og sikkerhet av behandlingen og være et viktig data-grunnlag for forskning.

Det er etablert flere nasjonale og regionale kompetansemiljøer som er viktige aktører for å sikre oppfølging, forskning og kompetansespredning om behandling av barn og unge som har utviklet narkolepsi som en mulig følge av svineinfluensasapandemien.

Det foreslås 3 mill. kroner til forskning og kunnskapsutvikling om barn og unge som har utviklet narkolepsi, som en mulig følge av svineinfluensasapandemien. Tilskuddet skal gå til etablering av et nasjonalt prosjekt ved Oslo universitetssykehus HF som omfatter etablering av kvalitetsregister for narkolepsi og forskning på narkolepsi.

Etablering av felles nødnummer

Det foreslås 0,8 mill. kroner til bidrag til gjennomføring av en pilot med felles nødnummer og felles nødsentraler ved Samlok i Drammen.

Skadelig bruk av doping

Det foreslås å styrke kunnskapen om utbredelsen av bruk av dopingmidler. Det er nødvendig å styrke kunnskapen om bruken av dopingmidler og videreutvikle tilbudet til personer som har skader etter bruk av dopingmidler. Personer med dopingproblemer og deres pårørende skal møtes av helsepersonell som har kompetanse om dopingproblematikk. Det foreslås å tildele Helse Sør-Øst RHF 4 mill. kroner for å ivareta dette området. Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF samarbeider med de andre regionale helseforetakene. Det vises til omtale under kap. 716.

Post 72–75 Basisbevilgning til regionale helseforetak

Basisbevilgning fra staten til regionale helseforetak skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. I tråd med regjeringens forslag, ble det innført et nytt inntektssystem i 2009 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 er i inntektsutjevningen i kommunesektoren. Nedenfor følger forslag med bevilgningsmessige konsekvenser for basisbevilgningene samt oppdatering av inntektssystemet i 2013.

Aktivitetsvekst på vel 2 pst.

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet gjennom å styrke sykehusenes økonomi, slik at flere pasienter kan få behandling. Krav om reduksjon i ventetider videreføres og arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet styrkes. Ut over generell pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,3 pst., foreslås det 1950 mill. kroner mer til drift sammenliknet med saldert budsjett 2012. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Beløpet fordeler seg med 206 mill. kroner til videreføring av høyere aktivitet i 2012 enn forutsatt i saldert budsjett 2012, 1609 mill. kroner til reduserte ventetider, generell økt pasientbehandling og kvalitet, 100 mill. kroner til en ekstra innsats i 2013 for

pasienter som venter på brystrekonstruksjon og 35 mill. kroner til gjennomføring av ny kreftstrategi.

Budsjettforslaget legger med dette til rette for en vekst i pasientbehandlingen på vel 2 pst. neste år, den høyeste budsjetterte aktivitetsveksten noen sinne for helseforetakene. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2012, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2012.

Det er lagt til rette for en vekst på 6,5 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,7 pst. inkl. midler til en ekstra innsats i 2013 for å redusere ventetiden for pasientene som venter på brystrekonstruksjon. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandling omfattet av ISF.

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 basisbevilgningene i 2013 med 1196 mill. kroner med følgende fordeling:

- 646,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 226,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 171,6 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 151,9 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 40 mill. kroner fra basisbevilgningene til kap. 732, post 77, med følgende fordeling:

- 21,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 7,6 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 5,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 5,1 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Brystrekonstruksjon

Det foreslås å fortsette den ekstra innsatsen for å redusere ventetiden for pasienter som venter på brystrekonstruksjon med eget vev og protese også i 2013 med 100 mill. kroner på kap. 732, post 72–75. Dette innebærer at ventetiden for denne pasientgruppen kan reduseres. Fordelingen blir som følger:

- 37,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 13,3 mill. kroner til kap. 732, post 73

- 10 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 8,9 mill. kroner til kap. 732, post 75
- 30 mill. kroner til kap. 732, post 76

Pusterom

Pusterom er aktivitetsrom hvor pasienter kan hente energi gjennom trening, avspenning, samtale eller avkobling. Det er i dag fem etablerte (Skien, Bergen, Gjøvik, Oslo/Ullevål, Oslo/Radium) og to planlagte Pusterom (Stavanger og Trondheim). Stiftelsen Aktiv mot kreft bidrar til etablering av Pusterom ved norske kreftsykehus. Stiftelsens formål er å fremme fysisk aktivitet og å støtte kreftsaken. Det bør være et mål at alle helseregionene har et Pusterom i kreftbehandling. Det forelås 5 mill. kroner til etablering av Pusterom. Fordelingen blir som følger:

- 2,7 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

Vardesentre

Vardesenteret er etablert av Kreftforeningen og Oslo universitetssykehus for å gi kreftrammede og pårørende et omsorgstilbud som møter dagens og framtidens behov for helhetlig kreftomsorg. Vardesenteret er i dag etablert ved Oslo Universitetssykehus, St. Olavs hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Det foreslås 6 mill. kroner til etablering av Vardesentre. Fordelingen blir som følger:

- 3,2 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,9 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Samhandlingsreformen

Det vises til omtale av de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen i Meld. St. 16 (2010–2011), Prop. 91 L (2010–2011) og Prop. 115 S (2010–2011). Fra 1. januar 2012 ble det innført tre økonomiske virkemidler:

Kommunal medfinansiering

Kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering er om lag 1,77 mrd. kroner basert på regnskapstall per første tertial. Prognose for kommunenes finansieringsansvar gjennom kommunal medfinansiering for hele 2012 er 5184 mill. kro-

ner. Dette er noe høyere enn overførte midler på om lag 5 mrd. kroner. Departementet vil understreke usikkerheten i tallgrunnlaget.

Prognosen for økte kommunale utgifter til kommunal medfinansiering er et uttrykk for at sykehusene generelt har gitt flere pasienter behandling enn forventet og at ventetidene går nedover. I budsjettet for 2012 er det lagt til grunn at kommunene skal overta tilbud innen øyeblikkelig hjelp. Det antas at aktiviteten i stor grad vil skje på sykehusene i 2012, bl.a. som følge av at søknadsfristen for kommunene var 1. juli 2012, jf. omtale nedenfor. I tråd med reformens intensjoner er det viktig at kommuner og sykehus jobber for at færrest mulig trenger behandling i sykehus. Både forebygging og gode alternative tilbud i kommunene kan bidra til dette.

Utskrivningsklare pasienter

Foreløpige tall for utskrivningsklare pasienter tyder på at ordningen fungerer etter intensjonen. Kommunene tar i mot utskrivningsklare pasienter raskere, noe som frigjør kapasitet i sykehusene. Aktiviteten i helseforetakene i første tertial 2012 kan indikere at det tar noe tid å tilpasse kapasiteten i takt med at kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter.

Grunnlaget for overføringen av midler til kommunene er 140 000 liggedøgn. De to siste årene har det vært mellom 123 000 og 138 000 registrerte utskrivningsklare liggedøgn i Norsk pasientregister (NPR). Dette utgjør 3–4 pst. av alle oppholdsdøgn i somatiske sykehus. Med utgangspunkt i antall utskrivningsklare oppholdsdøgn rapportert til NPR i første tertial, kan antall oppholdsdøgn i 2012 anslås til mellom 70 000 og 80 000, altså nesten en halvering. Dette vil i så fall føre til at kommunene betaler tilbake om lag halvparten av det tilførte beløpet på 560 mill. kroner. Samtidig vil tidlig mottak av pasienter ha sin alternative kostnad i kommunene.

Det er utformet en egen kompensasjonsordning på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett 2012 for kommuner som har høyere kostnader ved innføringstidspunktet til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter enn det fordeling etter kostnadsnøkkelen tilsa. Disse vil i tre år få en særskilt kompensasjon utover det beløpet som er overført fra regionale helseforetak og som blir fordelt gjennom kostnadsnøkkelen. Kompensasjonen utgjør 305 mill. kroner i 2012. I 2012 er betalingsatsen 4000 kroner. Satsen for 2013 prisjusteres til 4125 kroner.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

144 kommuner har søkt om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold med planlagt oppstart i 2012. Søknadsfristen gikk ut 1. juli. Det er i alt søkt om lag 180 mill. kroner. Dette er om lag 50 mill. kroner mer enn budsjettet. I henhold til ny helse- og omsorgstjenestelov vil kommunene fra 2016 få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Tilbudet skal fases inn i kommunene over en fireårs periode fram til plikten trer i kraft. I det året tilbudet starter opp i kommunen skal kommunen søke om tilskudd fra Helsedirektoratet. Dette tilskuddet dekker halvparten av de totale utgiftene til etablering og drift av tilbudet. Den andre halvparten tilføres konkrete prosjekter gjennom direkte bidrag i samme størrelse per kommune fra regionale helseforetak. Det er avsatt rammer for hver region og ev. ubrukte midler skal tilbakeføres de regionale helseforetak etter samme nøkkel som uttrekket.

Det foreslås å flytte 135 mill. kroner fra regionale helseforetak til kap. 762, post 62 i 2013. Av disse flyttes 83 mill. kroner fra kap. 732, post 76 og 52 mill. kroner fra basisbevilgningene med følgende fordeling:

- 28,1 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 9,8 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 7,5 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 6,6 mill. kroner fra kap. 732, post 75

I tillegg vil ordningen innebære økte kostnader til legetjenester i kommunene, som dekkes av takster over folketrygdens budsjett. Det foreslås derfor å flytte 6,2 mill. kroner fra basisbevilgningene til kap. 2755, post 70, med følgende fordeling:

- 3,3 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 1,2 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,9 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 75

I tillegg tilføres 135 mill. kroner til kommunene gjennom basisbevilgningene i form av samarbeidsprosjekter i 2013. Opptrappingsperioden forutsetter en økning i overføringene fra regionale helseforetak til kommunene i årene 2013-2015.

Samhandlingsforskning

Kravet om at minst 15 mill. kroner av basisbevilgningen skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, foreslås videreført i 2013.

Pensjoner

Ved Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011–2012), jf. Innst. 375 S (2011–2012), ble det i tråd med etablert opplegg for håndtering av pensjonskostnader vedtatt å øke basisbevilgningen til de regionale helseforetakene med 2,1 mrd. kroner samtidig som driftskredittrammen ble redusert tilsvarende. I tillegg ble det vedtatt å øke basisbevilgningen med 200 mill. kroner for å sette de regionale helseforetakene i stand til å håndtere økte kostnader som følge av økte pensjonskostnader hos private helseinstitusjoner som de har avtale med. Tilleggsbevilgningen er videreført i budsjettforslaget for 2013 med 2 369,3 mill. kroner, med følgende fordeling:

- 1 279,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 448,5 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 340 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 301 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det vises for øvrig til omtale under kap. 732, post 86 Driftskreditter.

Behandlingshjelpemidler

Ansvar for behandlingshjelpemidler med tilhørende forbruksmaterieell ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2003, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003). Folketrygden har også etter 2003 gitt stønad til enkelte av behandlingshjelpemidler uten klar hjemmel. Departementet ser det som hensiktsmessig å samle ansvaret for alle behandlingshjelpemidler. Det foreslås å redusere folketrygdens kap. 2661, post 75 med 3,4 mill. kroner mot en tilsvarende økning på kap. 732, post 72–75 basisbevilgningene til regionale helseforetak. Fordelingen blir som følger:

- 1,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Videre foreslås det å redusere Arbeids- og velferdsetatens driftsbevilgning kap. 605, post 01 med 140 000 kroner, mot en tilsvarende økning på kap. 732, post 72–75 til å administrere ordningen. Fordelingen blir som følger:

- 0,07 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,03 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,02 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,02 mill. kroner til kap. 732, post 75

Regionale fagmiljøer

Det foreslås å flytte 19,1 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til basisbevilgningene til de regionale helseforetakene til drift av regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme. Fordelingen blir som følger:

- 10,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 3,5 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 2,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

Medisinsk kvalitetsregister og tverrfaglig team for diagnostisering og identifisering av døvblindhet

Det foreslås å flytte 1,5 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 72 til drift av medisinsk kvalitetsregister og tverrfaglig team for diagnostisering og identifisering av døvblindhet.

Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten ANS eies av de fire regionale helseforetakene. Luftambulansetjenesten ANS er et felles eid ansvarlig selskap som ivaretar den operative delen 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 2012 ble det gitt et tilskudd på 73,5 mill. kroner til luftambulansetjenesten over kap. 732, post 70. For 2013 foreslås det at tilskuddet på 75,9 mill. kroner over de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 41 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 14,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 10,9 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 9,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

Dette innebærer at Luftambulansen ANS fra 2013 i sin helhet finansieres gjennom tilskudd fra de fire eierne.

Helsebiblioteket

Helsebiblioteket ble etablert i 2006 som et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Den nåværende ordningen, der de regionale helseforetakene faktureres årlig vurderes som uhensiktsmessig. Det foreslås å overføre 18,9 mill. kroner fra basisbevilg-

ningene til de regionale helseforetakene til driftsbudsjettet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for å øke forutsigbarheten og fleksibiliteten i tjenesten. Fordelingen blir som følger:

- 7,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 3,8 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 3,8 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 3,8 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Tilskudd til turnusplasser

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner til kap. 732, post 70 til turnustjeneste for leger og fysioterapeuter, jf. omtale der.

Fordelingen blir som følger:

- 0,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,2 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,2 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,1 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Organisatoriske endringer

ISF-ordningen refunderer det enkelte sykehusopphold. En vanlig organisatorisk endring er sammenslåinger som ofte innebærer bruk av felles pasientadministrativt system. Utbetalingene gjennom ISF-systemet påvirkes når rapporteringsenheter reduseres, som følge av organisatoriske sammenslåinger. For å unngå dette, er det innført et prinsipp der det overføres midler fra ISF-bevilgningen til basisbevilgningene.

Det foreslås at det fra kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering flyttes:

- 11,4 mill. kroner til kap. 732, post 72, som følge av organisatoriske endringer ved Sørlandet sykehus HF
- 2,6 mill. kroner til kap. 732, post 73, som følge av organisatoriske endringer ved Helse Fonna HF

Egenandeler – legehjelp og pasientreiser

Det foreslås en generell egenandelsøkning på 2,6 pst. (ekskl. blå resept). Egenandelen for pasientreiser foreslås økt fra 130 kroner til 133 kroner per enkeltreise, fra 260 kroner til 266 kroner tur/retur fra 1. januar 2013. Øvrige egenandeler økes fra 1. juli 2013. Økningen er anslått til en merinntekt på 39,4 mill. kroner som foreslås motsvart med en tilsvarende reduksjon i basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Fordelingen blir som følger:

- 17,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 6,8 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 9,2 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Inntektssystemet for regionale helseforetak

Magnussen-utvalgets forslag til ny fordeling av basisbevilgningene til regionale helseforetak (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 det tas hensyn til de økonomiske virkningene 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. Tilskudd til forskning er evaluert og endringer er

implementert i tilskudd til forskning under kap. 732, post 78.

Systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene er bygd opp av 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 endres hvert år som følge av oppdatering av nye befolkningskriterier, sosiale kriterier og kostnadsandeler. Ressursbehovsindeksen er påvirket av kostnadsandelene til somatikk, psykisk helse, rusbehandling og prehospitale tjenester. Departementet har oppdatert modellen med siste tilgjengelige statistikk for befolkning, alder, ulike sosiale kriterier og kostnadsandeler. Oppdateringene fører til en ny ressursbehovsindeks, andel befolkning og en fordelingsnøkkel per region for 2013 som vist i tabell 4.10.

Tabell 4.10 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2012 og 2013

	Ressurs-behovsindeks		Andel befolkning per		Fordelingsnøkkel ¹	
	2012	2013	1.1.2011	1.1.2012	2012	2013
Helse Sør-Øst RHF	97,4	97,2	0,5577	0,5586	0,5430	0,5429
Helse Vest RHF	91,0	91,1	0,2089	0,2090	0,1902	0,1904
Helse Midt-Norge RHF	103,9	104,0	0,1382	0,1380	0,1436	0,1434
Helse Nord RHF	129,5	130,5	0,0952	0,0944	0,1232	0,1232
Norge	100,0	100,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

¹ Fordelingsnøkkel for inntektsgrunnlaget til regionale helseforetak. I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Endringer i fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene i 2013 skjer som følge av oppdatering av de ulike kriterieverdiene. Oppgaveendringer fra 2012 til 2013 vil også påvirke fordelingen. Tabell 4.11 viser de samlede endringene i 2013 etter pris- og lønnsjustering og oppgaveendring for 2013. Effekten av kapital og gjestepasientoppgjør er innarbeidet.

Tabell 4.11 Endring i basisbevilgning i 2013 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør

	mill. kr. (andel av basisbevilgning)
Helse Sør-Øst RHF	-32 (-0,1 %)
Helse Vest RHF	22 (0,1 %)
Helse Midt-Norge RHF	-4 (0 %)
Helse Nord RHF	15 (0,1 %)
Sum	0

Post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksom-

het og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2011 og status 2012 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 47 683,1 mill. kroner.

Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF

Bevilgningen 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 2011 og status 2012 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 16 738,3 mill. kroner.

Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF

Bevilgningen 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 2011 og status 2012 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 12 663,5 mill. kroner.

Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF

Bevilgningen 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 2011 og status 2012 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 11 225,8 mill. kroner.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 14 mill. kroner til kap. 732, post 72 og 73 knyttet til organisatoriske endringer
- 83 mill. kroner til kap. 762, post 60 knyttet til døgntilbud øyeblikkelig hjelp

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Innsatsstyrt finansiering (ISF) 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 å legge til rette for at aktivitetsmålet kan oppnås på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Høyere aktivitet enn forutsatt blir bare kompensert gjennom innsatsstyrt finansiering. Refusjonene er i gjennomsnitt ment å dekke deler av kostnadene ved økt behandlingsskapasitet (marginalkostnader). Resten må dekkes av basisbevilgningen som er det største tilskuddet til de regionale helseforetakene. Aktivitetsbasert finansiering stimulerer til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer kostnadseffektiv pasientbehandling. ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem. Prioriteringene skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter (bl.a. prioriteringsforskriften) angir. Basisbevilgningen skal brukes til å understøtte ønsket prioritering. Utbetalingene gjennom innsatsstyrt finansiering skal avspeile reell behandlingsaktivitet.

Nærmere om finansieringsordningen

ISF-ordningen omfatter somatisk pasientbehandling, både innleggelser og poliklinisk utredning og behandling. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen dekker 40 pst. av enhetsprisen. De øvrige kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, post 72–75. For pasientbehandling som inngår i kommunal medfinansiering dekker ISF-satsen minst 20 pst. av enhetsprisen og kommunal medfinansiering 20 pst. av enhetsprisen inntil fire DRG-poeng for et enkeltopphold.

Prisen som de regionale helseforetakene betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til ISF-refusjonen. ISF bygger på DRG-systemet som omfatter om lag 870 diagnoselaterte grupper (se boks 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 endringer skal imidlertid sikre at finansieringsordningen i størst mulig grad avspeiler medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår

Boks 4.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG (diagnoserelaterte grupper) er et system for å klassifisere sykehusaktivitet i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Det er i alt om lag 870 diagnoserelaterte grupper. Målsetningen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasienter medisinsk og ressursmessig. Inndelingen i grupper bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 8000 prosedyre- eller tiltakskoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt DRG har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten. 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 39. Dette gjelder stamcelletransplantasjoner. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 195 ganger høyere enn for gjennomsnittspasienten. Gjennomsnittlig kostnadsvekt er om lag 1,3 for døgnbehandling og 0,026 for polikliniske konsultasjoner. De minst ressurskrevende polikliniske kontaktene

har en vekt på 0,006. I 2011 ble det gjennomført 6,3 mill. behandlinger fordelt på 1,3 mill. døgn- og dagbehandlinger og 5 mill. polikliniske konsultasjoner. Om lag 1,8 mill. pasienter hadde minst en kontakt med somatiske sykehus i 2011. Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall behandlinger
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (40 pst. av enhetsprisen)

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke som følge av at pasientbehandlingen er blitt mer ressurskrevende, 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. Endringer i registreringspraksis håndteres gjennom underregulering av enhetsprisen.

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 til enhver tid. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering.

Regelverket for ISF beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. Helsedirektoratet publiserer regelverket og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

Resultat 2011

I saldert budsjett 2011 var det lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,1 pst. fra 2010 til 2011 med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2010.

Endelig aktivitet i 2010 ble om lag 0,2 pst. lavere enn dette. Budsjettet for 2011 la derfor til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,3 pst. fra faktisk nivå 2010. Aktivitetstall for hele 2011 tilsier en aktivitetsvekst på 1,8 pst. sammenliknet med faktisk nivå i 2010. Dette er om lag som prognosen basert på aktivitetstall for andre tertial 2011, jf. Stortingets behandling av Prop. 16 S (2011–2012), hvor bevilgningen for 2011 ble økt med 90 mill. kroner som følge av dette.

Analysen av tallgrunnlaget for hele 2011 viser at enhetsprisen for 2011 på 36 968 kroner er satt 0,5 pst. eller 100 mill. kroner for lavt for antall DRG-poeng, og at bevilgningen må økes tilsvarende. Dette er 0,25 pst. eller 50 mill. kroner høyere enn forutsatt etter andre tertial 2011, jf. Stortingets behandling av Prop. 16 S (2012–2013), hvor bevilgningen ble økt med 50 mill. kroner som følge av dette.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2011, inkludert ev. justeringer som følge av behandling i enkeltsaker i avregningsutvalget, i omgrupperingsproposisjonen høsten 2012. Ev. mer- eller mindreutbetalinger i 2011 vil på vanlig måte bli motregnet mot a konto-utbetalingene til de regionale helseforetakene for 2012.

Status 2012

Saldert budsjett for 2012 legger til rette for en aktivitetsvekst på 1,1 pst. med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2011. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. I budsjett 2012 er dette anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av aktiviteten.

Foreløpige tall for hele 2011 viser at veksten i 2011 ble 0,5 pst. høyere enn dette. Saldert budsjett 2012 legger derfor til rette for en aktivitetsvekst på 0,6 pst. fra faktisk nivå i 2011.

Basert på aktivitetstall for første tertial 2012 indikerer en prognose for hele 2012 en vekst i aktiviteten på om lag 1,7 pst. fra faktisk nivå i 2011. Dette tilsvarer et aktivitetsnivå som er om lag 1,9 pst. høyere enn det som er lagt til grunn i aktivitetsbestillingen til regionale helseforetak i oppdragsdokumentet for 2012. Når veksten fordeles på aktivitet med henholdsvis 40 og 20 pst. ISF-refusjon tilsier dette et økt bevilgningsbehov på ISF i 2012 på 160 mill. kroner.

I enhetsprisen for 2012 er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2011 er fastsatt 0,25 pst. eller 92 kroner for lavt for antall DRG-poeng. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 3,1 pst. Ny informasjon tilsier at en enhetspris på 38 209 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,6 pst. i 2012. Aktivitetstall for første tertial tilsier at enhetsprisen skal underreguleres med 0,4 pst. i 2012 og at enhetsprisen dermed er fastsatt 0,2 pst. eller 30 mill. kroner for lavt for antall DRG-poeng.

Til sammen innebærer aktivitetstall og prognoser for første tertial at det foreløpig kan legges til grunn et aktivitetsnivå som ligger 190 mill. kroner over saldert budsjett og som skal videreføres i 2013.

Kommunal medfinansiering

Kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering er om lag 1,77 mrd. kroner basert på regnskapstall per første tertial. Prognose for kommunenes finansieringsansvar gjennom kommunal medfinansiering for hele 2012 er 5184 mill. kro-

ner. Dette er noe høyere enn overførte midler på om lag 5 mrd. kroner. Departementet vil understreke usikkerheten i tallgrunnlaget. Aktivitetstall for første tertial og 2012 er usikre og prognosen bygger på at det tar tid fra avtale inngås til nye døgntilbud i kommunene er i drift og avlaster sykehusene reelt. Fristen for å søke om tilskudd gikk ut 1. juli og totalt 112 kommuner får tilsagn om til sammen 123,7 mill. kroner av i alt 131 mill. kroner. De nye døgntilbudene i kommunen er fullfinansiert gjennom en kombinasjon av et øremerket tilskudd og bidrag fra regionale helseforetak.

Mål 2013

For 2013 foreslås det bevilget 16 563,8 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2013 som ligger om lag 1,7 pst. over anslått nivå for 2012. Det anslåtte nivå i 2012 er en prognose basert på aktivitet per første tertial 2012, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med om lag 1,7 pst. Dette inkluderer midler til brystrekonstruksjon. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Enhetsprisen for antall DRG-poeng i oppdragsdokumentet foreslås satt til 39 447 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2012 er fastsatt 0,2 pst. eller 76 kroner for lavt. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 3,3 pst. En enhetspris på 39 447 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,25 pst. eller 98 kroner i 2013. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som er lagt til grunn i enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2013.

Organisatoriske endringer

Det vises til omtale under kap. 732, post 72–75.

H-resept

Helsedirektoratet har utarbeidet rapporten Bedre oppgjørsordning for H-resepter i samarbeid med Apotekforeningen og de regionale helseforetakene. Med H-resepter menes resepter for selvadministrerte legemidler hvor regningen sendes fra apotekene til regionale helseforetak. Hovedregelen er at regningen for selvadministrerte legemid-

ler sendes fra apotekene til Helfo og dekkes over folketrygdens budsjett. Rapporten fra direktoratet viser at det er nødvendig å få på plass lovhjemmel og forskrift for H-resepter tilsvarende regelverket for resepter som dekkes over folketrygdens budsjett. Dette vil legge til rette for at regionale helseforetak kan etablere en elektronisk oppgjørsordning. En elektronisk oppgjørsordning vil ivareta personverninteressene i tråd med regelverket på området og legge til rette for at de regionale helseforetakene kan etablere systemer for faglig og økonomisk kontroll og styring av legemiddelbruken. Når nytt regelverk kommer på plass vil mulighetene for kontroll og styring være de samme enten det enkelte apotek sender regningen til Helfo eller regionale helseforetak. Departementet vil følge opp rapporten fra direktoratet.

Post 77 Poliklinisk virksomhet mv.

Bevilgningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomheter. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet inngår også i ordningen.

For 2013 foreslås det bevilget 3134,2 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet i 2013 tilsvarende en vekst på 6,5 pst. fra anslag basert på regnskapstall per mai 2012. Dette omfatter også offentlige polikliniske radiologi- og laboratorietjenester. Forslaget legger til rette for en vridning fra døgnbehandling til poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern.

Det foreslås en egenandelsøkning på 2,6 pst. fra 1. juli 2013. Økningen er anslått å svare til en merinntekt på 5,6 mill. kroner som foreslås motsvart med en tilsvarende reduksjon i bevilgningen.

Status 2012

Alle refusjonstakstene ble prisjustert med 3,1 pst. fra 1. januar 2012. I saldert budsjett ble det samlet sett lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 6,5 pst. utover anslått nivå i 2011, basert på regnskapstall per mai 2011, jf. Prop. 1 S (2011–2012). Dette omfatter også polikliniske radiologi- og laboratorietjenester.

Basert på regnskapstall for perioden januar til mai 2012, er samlede utbetalinger i 2012 anslått til 2855 mill. kroner. Dette er 11 mill. kroner høyere enn saldert budsjett 2012. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 2 pst. for refusjon av

egenandeler i forbindelse med somatisk poliklinisk behandling, 5 pst. innenfor voksenpsykiatri/rusbehandling, 5 pst. innenfor barne- og ungdomspsykiatri, 11 pst. innenfor offentlig laboratorievirksomhet og 7 pst. innenfor offentlig radiologi.

1. januar 2012 ble det innført nytt refusjonssystem for poliklinisk radiologi, jf. Prop. 1 S (2011–2012). Ordningen er basert på aktivitetsregistrering gjennom et nyutviklet kodeverk og omfatter både offentlige og private virksomheter, jf. kap. 2711, post 76. Det er lagt opp til at omleggingen til nytt refusjonssystem skal være budsjettneutrale. Departementet vil evaluere denne forutsetningen og foreta ev. korreksjoner i refusjonsnivået fra 1. januar 2013 om nødvendig.

Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 1,5 mill. kroner til kap. 732, post 72 til drift av medisinsk kvalitetsregister og tverrfaglig team for diagnostisering og identifisering av døvblindhet
- 2,1 mill. kroner fra kap. 781, post 79 til nasjonale kompetansetjenester for CFS/ME
- 19,1 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 til drift av regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme

Bevilgningen dekker:

- Tilskuddet til forskning skal være et økonomisk bidrag og insentiv til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Basistilskuddet på 30 pst. fordeles likt mellom de fire regionale helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet på 70 pst. fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler og avlagte doktorgrader) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Tilskuddet fordeles av samarbeidsorganet mellom regionalt helseforetak og universiteter. Det er ikke lagt føringer for hvordan de regionale helseforetakene skal velge finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.
- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester skal gi et økonomisk bidrag til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å bidra til å utvikle og heve kvaliteten på tjenestene i hele behandlingsskjeden.

Resultat 2011 og status 2012

Samlet bevilgning var 884,7 mill. kroner i 2011. Tilskudd til forskning utgjorde 473,4 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 411,3 mill. kroner, herunder 226,3 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger og regionale fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

Forskning

Tilskudd til forskning utgjør 488 mill. kroner i 2012. CRISTin og Norsk vitenskapsindeks (NVI) er brukt for rapportering av vitenskapelige publikasjoner fra 2012, etter pilotering i 2011. Rapporteringen i Cristin baseres på publiseringsår, ikke indekseringstidspunkt. Denne omleggingen resulterer i at et mindre antall publikasjoner utgitt i 2010 ikke ble inkludert i beregningsgrunnlaget for vitenskapelige publikasjoner registrert i 2011. Videre ble det i overgangsåret 2011 rapportert inn et mindre antall publikasjoner som ikke tilfreds-

stiller kravene til vitenskapelighet. Det vil i 2012 settes i verk pedagogiske tiltak for å sikre rett innrapportering.

I 2012 skal alle enheter rapportere på monografier og vitenskapelige artikler i antologier, med sikte på å styrke beslutningsgrunnlaget for hvorvidt disse skal inngå som en fast ordning fra og med 2013. Prøverapportering i 2011 antydte at omfanget av vitenskapelig bokpublisering ved helseforetakene er lite.

Det er en økning på 5,8 pst. i forskningspoeng fra 2011 til 2012. Det ble registrert 3204 vitenskapelige artikler fra helseforetakene i 2011 (av totalt 15,166 vitenskapelige artikler publisert i universitets-, høyskole-, institutt- og helsesektoren) og rapportert inn 281 avlagte doktorgrader, om lag som året før. Helse Sør-Øst hadde en andel på 62,1 pst. av årets forskningspoeng (opp 3,1 prosentpoeng fra 2010), etterfulgt av Helse Vest med 19,5 pst. (ned 3,1 prosentpoeng), Helse Midt-Norge med 9,5 pst. (ned 0,8 prosentpoeng) og Helse Nord med 8,9 pst. (opp 0,8 prosentpoeng). Fordelingen av forskningsmidler over statsbudsjettet gjøres på bakgrunn av glidende gjennomsnitt over tre år (Tabell 4.12).

Tabell 4.12 Gjennomsnittlig 3-årlige beregninger av forskningspoeng i de regionale helseforetakene

Gjennomsnitt	2005–2007	2006–2008	2007–2009	2008–2010	2009–2011
Helse Sør-Øst	60,8 %	58,8 %	59,9 %	59,3 %	60,2 %
Helse Vest	22,3 %	22,6 %	22,3 %	22,8 %	21,7 %
Helse Midt-Norge	9,5 %	10,6 %	9,8 %	9,8 %	9,6 %
Helse Nord	7,4 %	8,0 %	8,0 %	8,1 %	8,4 %

Det er viktig å opprettholde og styrke forskningsaktiviteten i helseforetakene, samt stimulere til internasjonalt samarbeid og publikasjoner i ledende tidsskrifter. Derfor er det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene beskrevet som ønskelig at minst 40 pst. av publikasjonene skal ha internasjonalt medforfatterskap og at

minst 20 pst. av forskningen skal være publisert i de mest prestisjetunge og ledende tidsskriftene (nivå 2 og nivå 2a tidsskrifter). I 2011 hadde 43,5 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap og 22,6 pst. var publisert i ledende tidsskrifter. I tabell 4.13 vises disse indikatorene over en 3-års periode.

Tabell 4.13 Internasjonalt medforfatterskap og publisering i ledende tidsskrifter (høyeste nivå i målesystemet), pst.

	2009		2010		2011	
	Internasjonalt	Høyeste nivå	Internasjonalt	Høyeste nivå	Internasjonalt	Høyeste nivå
Helse Sør-Øst	41,0 %	21,7 %	43,0 %	25,4 %	43,9 %	22,7 %
Helse Vest	43,2 %	24,2 %	42,6 %	26,6 %	46,8 %	22,8 %
Helse Midt-Norge	36,4 %	19,0 %	32,7 %	23,5 %	35,4 %	22,7 %
Helse Nord	36,2 %	21,9 %	36,3 %	23,3 %	36,1 %	24,8 %
Totalt	40,6 %	22,0 %	41,2 %	25,2 %	43,5 %	22,6 %

Det er samlet sett en økning i andelen forskning som er internasjonalt sampublisert. Andelen artikler i ledende tidsskrifter er redusert i 2011. Dette skyldes at det fra og med 2011 er et større antall tidsskrifter som inngår i målingen, herunder mange nasjonale tidsskrifter.

Nasjonale kompetansetjenester

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 445,5 mill. kroner i 2012, herunder 233,3 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger inkludert regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes, narkolepsi og autisme. Det er godkjent 42

nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i 2012 etter ny forskrift, inkludert Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger i Helse Sør-Øst RHF og Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF.

Mål 2013

Det foreslås bevilget 946 mill. kroner i 2013.

Forskning

Det foreslås et tilskudd på 504,2 mill. kroner til forskning i 2013, jf. tabell 4.14.

Tabell 4.14 Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten

(i mill. kr)	Basis (30 %)	Resultat (70 %) ¹	Sum
Helse Sør-Øst RHF	37,8	212,5	250,3
Helse Vest RHF	37,8	76,6	114,4
Helse Midt-Norge RHF	37,8	34,1	71,9
Helse Nord RHF	37,8	29,7	67,5
Totalt	151,3	352,9	504,2

¹ Forskningsresultater for perioden 2009–2011 ligger til grunn for fordeling av midler i 2012, jf. tabell 4.12. 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 kompetansetjenester

Det foreslås 441,7 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 173,4 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger i Helse Sør-Øst RHF og 47 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF.

Helse Sør-Øst RHF ble i 2012 tildelt 2 mill. kroner over kap. 781, post 79 til Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME. Det foreslås å overføre 2,1 mill. kroner fra kap. 781, post 79 til kap. 732, post 78. Det vises til omtale under kap. 781, post 21.

Det foreslås at totalt 19,1 mill. kroner til videre drift av regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autismeflyttes fra kap.

732, post 78 til basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, kap. 732, postene 72–75.

Tabell 4.15 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten

(i mill. kroner)	Nasjonale kompetansetjenester
Helse Sør-Øst RHF ¹	271,1
Helse Vest RHF ²	39,5
Helse Midt-Norge RHF ³	35,2
Helse Nord RHF ⁴	95,9
Sum	441,7

¹ Beløpet inkluderer flytting av 47 mill. kroner fra Helse Sør-Øst RHF til Helse Nord RHF over kap. 732, post 78 til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde og 1,5 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 72 til medisinsk kvalitetsregister og tverrfaglig team for diagnostisering og identifisering av døvblinde, samt flytting av 2,1 mill. kroner fra kap. 781, post 79 til nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME og flytting av 10,4 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 72 til regionalt fagmiljø ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

² Beløpet inkluderer flytting av 3,5 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 73 til regionalt fagmiljø ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

³ Beløpet inkluderer flytting av 2,7 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 74 til regionalt fagmiljø ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

⁴ Beløpet inkluderer flytting av 2,5 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 75 til regionalt fagmiljø ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

Post 79 Raskere tilbake

Bevilgningen dekker alle utgifter for ordningen Raskere tilbake, bl.a. behandling og transport. Midler til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene og prosjekt ved Hysnes Helsefort er inkludert i bevilgningen. Det foreslås bevilget 531 mill. kroner. Det vises til omtale under kap. 781, post 21 vedrørende midler til informasjonstiltak og nasjonal koordinering.

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. Sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som alternativt ville ha blitt sykmeldt om de ikke ble omfattet av ordningen, er målgruppen. Det er et krav at de personene som omfattes med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som direkte følge av behandlingen som tilbys. Det er etablert sty-

rings- og kontrollsystemer som sikrer at bevilgningen brukes i samsvar med ordningens formål.

I 2011 ble det bevilget 498,6 mill. kroner til tiltak i regi av regionale helseforetak og 3,5 mill. kroner til informasjonstiltak, nasjonal koordinering og oppfølging av ordningen under kap. 781, post 21. I 2012 er det bevilget 514 mill. kroner til tiltak i regi av regionale helseforetak. Arbeidsdepartementet har gitt International Research Institute of Stavanger i oppdrag å evaluere ordningen.

Post 82 Investeringslån

Bevilgningen dekker investeringslån til de regionale helseforetakene.

I følge helseforetakenes vedtekter kan lån til investeringer kun tas opp gjennom den statlige låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Fra og med 2008 har investeringslån blitt bevilget som en ordinær tilskuddspost til spesifikke prosjekter.

Det foreslås bevilget 2 009,9 mill. kroner i investeringslån for 2013.

Det foreslås at nytt sykehus ved Helse Finnmark, Kirkenes, tas inn i låneordningen for regionale helseforetak med en bevilgning på 40 mill. kroner i 2013. Nytt sykehus i Kirkenes, skal ivareta endrede krav til pasientflyt, logistikk og standard, behov for samordning av somatikk og psykisk helsevern, inneholde rehabilitering for hele Finnmark, ivareta behov for samhandling med kommunene i opptaksområdet, samt ha fleksibilitet til å håndtere effektene av Barentssamarbeidet. Det foreslås en øvre låneramme til prosjektet på 600 mill. 2013-kroner som utbetales i utbyggingsperioden 2013–2018. Dette utgjør om lag halvparten av forventet prosjektkostnad. Lånet vil bli utbetalt iht. framdrift i utbyggingsperioden, og vil bli indeksregulert i tråd med basisrammen til de regionale helseforetakene.

Til investeringsprosjektene som allerede er inne i låneordningen foreslås det bevilget 1 969,9 mill. kroner i investeringslån til nødvendig framdrift i 2013.

Lån til nytt østfoldsykehus ble vedtatt med en øvre ramme på 2 500 mill. 2009-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011). Dette utgjør om lag 50 pst. av totalprosjektet. Tom. 2012 er det utbetalt 1 235 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 670 mill. kroner av samlet låneramme til prosjektet i 2013.

Lån til nytt barne- og ungdomssenter (BUSP) ved Helse Bergen, Haukeland, ble vedtatt med en øvre ramme på 700 mill. 2009-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011).

Dette utgjør om lag 50 pst. av totalprosjektet. Tom. 2012 er det bevilget 248 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås utbetalt 185 mill. kroner av samlet låneramme til prosjektet i 2013.

Lån til den resterende del av fase 2 ved St. Olavs Hospital ble vedtatt med en øvre ramme på 642 mill. 2009-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011). Tidligere er det utbetalt 2,3 mrd. kroner i lån til fase 2. Inkludert tidligere lån til prosjektet vil låneandelen til prosjektet utgjøre om lag 50 pst. Tom. 2012 er det bevilget 441 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 265 mill. kroner i 2013. Med dette er den totale lånerammen på 642 mill. 2009-kroner utbetalt.

Lån til gjennomføring av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset, Bodø, ble vedtatt med en øvre låneramme på totalt 1 328 mill. 2008-kroner gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009). Dette utgjør om lag 50 pst. av totalprosjektet. Tom. 2012 er det bevilget 570 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 230 mill. kroner av samlet låneramme til prosjektet i 2013.

Lån til nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset, Vesterålen, ble vedtatt med en øvre ramme på 305 mill. 2008-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2009–2010). Dette utgjør om lag 38 pst. av totalprosjektet. Tom. 2012 er det bevilget 145 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 100 mill. kroner av samlet låneramme til prosjektet i 2013.

Lån til ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø, ble vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2011–2012) med en øvre låneramme som utgjør 455 mill. 2012-kroner

som skal betales ut i perioden 2012–2017. Det er foretatt noen endringer i forprosjektet fra konseptfasen. Det permanente PET/CT-tilbudet (positron- og datatomografi) er flyttet ut av A-fløya og over i eget planlagt bygg. Prosjektet var i konseptet utredet uten ombyggingskostnader i eksisterende sykehus og flyttekostnader og hadde en forventet prosjektkostnad på om lag 1 mrd. kroner. Forprosjektet viser en forventet prosjektkostnad med ombygging og flyttekostnad på 1 185 mill. kroner. Tom. 2012 er det bevilget 50 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 55 mill. kroner av samlet låneramme til prosjektet i 2013.

Lån i forbindelse med første fase av investeringstiltak ved omstillingen ved Oslo universitetssykehus ble vedtatt med en øvre ramme på 750 mill. 2012-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2011–2012). Det er hittil bevilget 300 mill. kroner. Det foreslås bevilget 464,9 mill. kroner i 2013. Med dette er den samlede lånerammen på 750 mill. 2012-kroner utbetalt. Ved behandling av Prop. 111 S (2011–2012) ble det vedtatt at 75 mill. kroner av den samlede lånerammen til omstillingstiltak ved Oslo universitetssykehus kunne benyttes til nødvendige investeringer for å utvikle Aker som samhandlingsarena.

Dette påvirker ikke samlet låneramme for første fase av omstillingen ved Oslo universitetssykehus. Regjeringen vil komme tilbake på et senere tidspunkt med forslag til økt lånebevilgning i tråd med dette.

For alle prosjektene gjelder at faktisk utbetaling innenfor lånerammen vil avhenge av framdriften i utbyggingsperioden.

Tabell 4.16 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2011 fordelt på de regionale helseforetakene

(i mill. kr)	Lånesaldo per 31.12.10	Tildelt låne- ramme 2011	Påløpte byggelånsrenter 2011 jf. kap. 3732, post 83 og 91	Innbetalte avdrag 2011 jf. kap. 3732, post 85 og 90	Lånesaldo per 31.12.11
Helse Sør-Øst RHF	6 876,4	235	3,2	-426,6	6 687,9
Helse Vest RHF	2 096,0	211	5,5	-116,9	2 195,7
Helse Midt-Norge RHF	3 706,3	201	1,5	-213,4	3 695,4
Helse Nord RHF	1 168,1	265	10,5	-71,4	1 372,2
Sum	13 846,9	912	20,7	-828,4	13 951,2

Ved inngangen til 2012 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene om lag 13,9 mrd. kroner. Av dette er 13,4 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, svarende til 0,48 mrd. kroner, er videreført byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Lånebevilgningen for 2012 utgjør 2 050 mill. kroner. Bevilgningen skal sikre fortsatt framdrift ved St. Olavs Hospital, modernisering og bygging ved Nordlandssykehuset, Bodø, nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset, Vesterålen, nytt østfoldsykehus, nytt barne- og ungdomssenter (Busp) ved Helse Bergen, Haukeland, oppstart av ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø og investeringstiltak ved omstillingen ved Oslo universitetssykehus.

Opptreksrenter

I perioden fram til ferdigstilling av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt låneporteføljene til de regionale helseforetakene. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartementets budsjett (kap. 5605, post 84). Endring 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 20,7 mill. kroner i 2011.

Post 83 Opptreksrenter for lån fom. 2008

I 2011 utgjorde opptreksrenter på denne posten 12,5 mill. kroner. For 2013 foreslås det budsjettert med 83 mill. kroner i opptreksrenter på lån gitt fom. 2008.

Post 86 Driftskreditter

Det vises til omtale under kap. 3732, post 86.

Post 91 Opptreksrenter for lån tom. 2007

Bevilgningen er en teknisk håndtering av opptreksrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tok opp før 2008, jf. omtale av opptreksrenter i post 83. I 2011 utgjorde opptreksrenter på denne posten 8,2 mill. kroner.

For 2013 foreslås det budsjettert med 1,5 mill. kroner i renter på byggelån tatt opp før 2008.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelsen	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
80	Renter på investeringslån	497 945	481 000	447 000
85	Avdrag på investeringslån fom. 2008	151 038	151 000	186 000
86	Driftskreditter	1 980 000		370 000
90	Avdrag på investeringslån tom. 2007	677 357	677 000	689 000
	Sum kap. 3732	3 306 340	1 309 000	1 692 000

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningene på posten dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2011 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 497,9 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

Tabell 4.17 Oversikt over innbetalte renter i 2012 fordelt på regionale helseforetak (i mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	249,8
Helse Vest RHF	69,9
Helse Midt-Norge RHF	142,3
Helse Nord RHF	36,0
Sum	497,9

Det foreslås at renter på investeringslån budsjetteres med 440 mill. kroner i 2013.

Avdrag på investeringslån

Avdrag knyttet til investeringslån er todelt, det som gjelder lån tatt opp før 2008 og det som gjelder opplåning i 2008 og årene etter. I 2011 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 828,4 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. I 2011 utgjorde avdrag på denne posten 151 mill. kroner. Avdrag på investeringslån tatt opp etter 2008 foreslås budsjettert med 186 mill. kroner for 2013.

Post 86 Driftskreditter

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fordele fastsatt ramme mellom de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har som følge av flere år med underskudd akkumulert et betydelig driftsunderskudd. Deler av dette underskuddet er finansiert med driftskreditter. Videre har de regionale helseforetakene over år hatt store merutbetalinger knyttet til pensjonspremier. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009) ble helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene.

Opplegget innebærer at differansen mellom pensjonskostnader og -premier håndteres gjennom bevilgninger på denne posten eller på den tilhørende inntektsposten kap. 3732, post 86 avhengig av fortegn på differansen mellom pensjonskostnad og pensjonspremie. Dette er størrelser som de regionale helseforetakene i liten grad kan styre. Den resterende aktiviteten ved sykehusene skal håndteres innenfor årlige bevilgninger.

Rammen for driftskreditt var per 1. januar 2011 på 10 782 mill. kroner. I budsjettet for 2011

ble det lagt til grunn at pensjonspremien ville bli 550 mill. kroner lavere enn den anslåtte pensjonskostnaden og driftskredittrammen ble nedjustert tilsvarende, jf. Prop. 1 S (2010–2011). Se også tabell 4.18. Helseforetakenes kostnader knyttet til pensjon økte med 1 600 mill. kroner i 2011, og ved Stortingets behandling av Prop. 120 S (2010–2011) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2011, jf. Innst. 420 S (2010–2011), ble helseforetakenes basisbevilgning økt tilsvarende. Samlet nedjustering av driftskredittrammen økte dermed til 2 150 mill. kroner. Høsten 2011 økte pensjonspremien med 1 300 mill. kroner. Samtidig økte helseforetakenes premiefond som følge av overskudd i pensjonskassene i 2010. Det ble lagt til grunn at helseforetakene skulle benytte disse midlene til å betale den økte premien. Økningen i premiefond dekket imidlertid ikke hele premieøkningen, slik at rammen for driftskreditt ble økt med 170 mill. kroner. Helseforetakenes samlede krav om nedbetaling av driftskreditter ble redusert fra 2 150 kroner til 1 980 mill. kroner.

I 2012 økte pensjonspremien med 3 880 mill. kroner i forhold til nivå lagt til grunn i Prop. 1 S (2010–2011). Kostnader til pensjon ble videreført på samme nivå som i 2011. Samlede anslag knyttet til pensjonskostnader og pensjonspremie tilsa at pensjonspremien ble 1 730 mill. kroner høyere enn pensjonskostnaden. Ved behandling av Prop. 1 S (2011–2012) ble de regionale helseforetakenes ramme for driftskreditter økt med tilsvarende beløp. Kostnader knyttet til pensjon økte med 2 100 mill. kroner i 2012. Ved Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011–2012) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012, jf. Innst. 375 S (2011–2012), ble helseforetakenes basisbevilgning økt tilsvarende. Rammen for driftskreditt ble redusert med tilsvarende beløp, slik at samlet nedjustering utgjorde 370 mill. kroner.

Budsjettforslaget for 2013 bygger på en videreføring av nivået på pensjonskostnader og -premie. Dette innebærer forslag om en nedjustering av driftskredittrammen med 370 mill. kroner. Den samlede driftskredittrammen for de regionale helseforetakene reduseres med dette fra 8 432 mill. kroner til 8 062 mill. kroner.

Nye anslag for både pensjonskostnad og -premie vil foreligge i januar 2013. Dersom ny informasjon tilsier større endringer i forhold til de anslag som nå er lagt til grunn vil Regjeringen komme tilbake til dette.

Tabell 4.18 Oversikt over endringer i driftskredittramme

(i mill. kroner)	Årsslutt 2010	Prop. 1 S (2010– 2011)	RNB 2011 ¹	Ny- saldering 2011 ²	Prop. 1 S (2011– 2012)	RNB 2012 ³	Anslag 2013
1. Innrapportert pensjonskostnad		9 250	10 850	10 850	10 850	12 950	12 950
2. Benyttet premiefond				1 130			
3. Pensjonspremie		8 700	8 700	10 000	12 580	12 580	12 580
4. Endring i driftskreditrammen (-3-1+2)		-550	-1 600	170	1 730	-2 100	-370
5. Endring driftskreditt (akkumulert)		-550	-2 150	-1 980	1 730	-370	-370
6. Samlet driftskredittramme	10 782	10 232	8 632	8 802	10 532	8 432	8 062

¹ Jf. Prop. 120 S (2010–2011) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2011

² Jf. Prop. 16 S (2011–2012) Endringer i statsbudsjettet for 2011 under Helse- og omsorgsdepartementet

³ Jf. Prop. 111 S (2011–2012) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012

Post 90 Avdrag på investeringslån tom. 2007

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp før 2008.

Avdrag på denne posten utgjorde 677,4 mill. kroner i 2011. Det foreslås budsjettert 689 mill. kroner i 2013.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, kan nyttes under post 79	17 577	18 711	18 828
70	Behandlingsreiser til utlandet	105 651	109 957	86 936
72	Kjøp av opptrening mv., kan overføres	30 627	30 442	9 447
79	Andre tilskudd, kan nyttes under post 21	14 952	16 565	17 112
	Sum kap. 0733	168 807	175 675	132 323

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 0,5 mill. kroner til kap. 781, post 21 knyttet til å utarbeide og implementere retningslinjer for radiologi og hjerte-/karsykdommer

Formålet med bevilgningen er å stimulere til utvikling av gode habiliterings- og rehabiliterings-tjenester, og å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av feltet. Habilitering og rehabilitering skal gis til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Både kommuner og

spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte rehabiliteringstjenester og habiliteringstjenester til barn og voksne med medfødt eller ervervet ned-satt funksjonsevne. For at kommunene skal kunne yte gode og helhetlige tjenester innenfor habilite-rings- og rehabiliteringsfeltet er det forutsatt at spesialisthelsetjenesten har et veiledningsansvar overfor kommunene.

Arbeidet med utvikling av gode og synlige koordinerende enheter for habilitering og rehabi-litering, og økt bruk av individuell plan, forutset-tes videreført. Det foreslås bevilget 18,8 mill. kro-ner i 2013.

Ved utgangen av 2010 var det etablert koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i 76 pst. av kommunene, og i 72 pst. av helseforetakene. I tillegg er det regionale enheter i alle fire helseregioner. En kartlegging har vist at mange tjenesteområder er involvert i arbeidet med individuell plan.

Veileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er implementert. Det er gitt støtte til prosjekter som forutsettes å bidra til å styrke voksenhabiliteringstjenesten og øke samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det er utarbeidet informasjonsmaterieell og opplæringsprogrammer som skal bidra til bedre helseoppfølging for personer med utviklingshemning.

Helsedirektoratet har fått utarbeidet en rapport om rehabiliteringstilbudet til slagpasienter som har fått synsforstyrrelser. Rapporten viser at synsforstyrrelser etter hjerneslag er ett av mange tema i behandling og rehabilitering av slagpasienter. I Oppdragsdokumentene for 2012 er det presisert at et mål er at det er sikret tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.

Helsedirektoratets arbeid med å avklare hvilke tjenester som skal være hhv. kommunenes og spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvar er omtalt i innledningen til programkategori 10.60. Det forutsettes at både kommunene og de regionale helseforetakene kan kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Habilitering av barn og unge

Helsedirektoratet utarbeider i samarbeid med Utdanningsdirektoratet en veileder om habilitering av barn og unge. Et fireårig prosjekt som gjelder modellutprøving av alternativt supplerende kommunikasjon (ASK) i Helse Sør-Øst sluttføres. Prosjektet Familieveiviser er avsluttet. Gjennom prosjektet ønsket en å finne gode modeller og tiltak som kan hjelpe barna og familien. Det er gitt prosjektstøtte til flere utviklingsprosjekter i kommunene og spesialisthelsetjenesten som har som mål å bidra til å bedre habiliteringstilbudet til barn og unge.

Siden 1988 har om lag 500 barn fått cochleaimplantat i Norge. Oslo universitetssykehus har kartlagt utviklingen av hørsel og språk hos en gruppe barn som har fått tosidig cochleaimplantat tidlig. Kartleggingen tyder på at den habiliterin-

gen barna har fått, har gitt god hørsel og normal språkutvikling.

Gjennomføring av tiltak i handlingsplan Habilitering av barn og unge er prioritert også i 2012 og ses i sammenheng med samhandlingsreformen.

Styrking av kunnskapsgrunnlaget

ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse) er sentral i revidering av prosedyrekodeverket. Prosedyrekoder for habilitering og rehabilitering er en del av felles klassifikasjon av helsefaglige prosedyrer. Disse er revidert i 2011 i samarbeid med praksisfeltet og Norsk pasientregister.

Gjennom tilskuddsordningen lokalmedisinske sentre og kommunesamarbeid er det gitt støtte til prosjekter for å styrke habilitering og rehabilitering i kommunene.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 254 (2008–2009):

«Stortinget ber Regjeringen kartlegge hvilket habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea implantatoperasjon.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument nr. 8:128 (2007–2008) jf. Innst. S. nr. 138 (2008–2009).

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2010 i oppdrag å kartlegge hvilke habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea-implantasjon. Det rapporteres at forlenget observasjonstid er nødvendig for å oppnå sikker kunnskap om språkutvikling hos barna, selv om det foreløpige inntrykket er en positiv utvikling når det gjelder språk. For å få gode nok data vil barna bli fulgt ut 2012. Endelig rapport vil komme i løpet av 2013.

Vedtak nr. 255 (2008–2009):

«Stortinget ber Regjeringen kartlegge den tverrfaglige oppfølgingen barn med cochlea-implantat frem til skolestart.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument nr. 8:128 (2007–2008) jf. Innst. S. nr. 138 (2008–2009).

Det vises til redegjørelse for vedtak nr. 254 over.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge. Staten dekker utgiftene til ordningen. Formålet med behandlingsreiser er behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal tilfredsstillende faglige krav etter norsk vurdering og gi dokumentert nytte. Ordningen ble evaluert i 2011. Evalueringen viser dokumentert effekt inn til 3 måneder etter oppholdet for pasienter med revmatisk sykdom og psoriasis. Det mangler tilstrekkelig dokumentasjon av effekt for de øvrige gruppene som er inkludert i ordningen, og for andre grupper som også ønsker dette tilbudet.

Daglig administrasjon og faglig ansvar tilligger Helse Sør-Øst RHF v/Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Egenandelene er omfattet av egenandelstak 2.

I oppdragsdokument 2011 ble Helse Sør-Øst RHF bedt om å sørge for tilbud til minst 3000 pasienter under ordningen med behandlingsreiser til utlandet.

I 2011 fikk 2420 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 190 ledsagere til barn. Kravet om 3000 pasienter er ikke nådd. Ifølge Helse Sør-Øst er årsaken at overforbruk i 2010 er tatt inn ved innsparing i 2011 gjennom å redusere antall pasienter.

Nye behandlingsmetoder og utviklingen av medisinsk teknologi de siste tiårene har gitt stor behandlingsgevinst for pasientene. På samme måte har utvikling av nye legemidler bidratt til at nye pasientgrupper får behandling. Eksempelvis ble TNF-hemmere forskrevet til om lag 15 000 pasienter i 2011. De regionale helseforetakenes utgifter til disse legemidlene var i 2011 1,6 mrd. kroner. Det foreslås på denne bakgrunn at bevilgningen til behandlingsreiser til utlandet reduseres med 25 mill. kroner. Innstramningen innebærer strengere prioritering av de pasienter som vurderes for tilbud om behandlingsreiser,

dvs. at en konsentrerer innsatsen til de pasientene som har størst nytte av tilbudet.

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). I 2008 ble kriteriene for å kunne søke tilskudd utvidet, slik at private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner med avtaleforhold til regionalt helseforetak kan søke om tilskudd til prosjekter. Formålet med bevilgningen har vært å utvikle tilbud innenfor rehabilitering med arbeid som mål, tilbud som faller inn under ansvarsområdet til regionale helseforetak, tilbud rettet mot kommunene, samhandlingsprosjekter og prosjekter for å utvikle rehabiliteringstilbud til nye brukergrupper.

Tilskuddet har bidratt til at rehabilitering med arbeid som mål har blitt etablert som et tilbud ved mange private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Tilskuddet har bidratt til at flere institusjoner har utviklet og gitt tilbud til yngre brukergrupper. Samlet sett har det i en periode på 7 år (2006 til 2012) vært gitt støtte til en rekke prosjekt. Ny kompetanse og nye arbeidsmetoder er utviklet. I avtalene med regionale helseforetak er det også etablert tilbud til nye grupper, og kompetansen er styrket. Departementet vurderer at det nå har vært en tilstrekkelig overgangsperiode. På denne bakgrunn finner departementet at det særskilte tilskuddet til utvikling av opptreningstilbud kan reduseres. Det foreslås bevilget 9,5 mill. kroner i 2013 til videreføring av livsstilsendringsprosjektet ved Feiringklinikken.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker samme formål som under post 21. Det vises til omtale under post 21, jf. ovenfor. Det foreslås bevilget 17,1 mill. kroner.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter Kontrollkommissjonene	41 905	37 811	39 135
21	Spesielle driftsutgifter	13 129	9 485	15 798
70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 122	2 255	2 329
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	67 153	69 582	71 878
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	40 543	46 454	45 987
	Sum kap. 0734	164 852	165 587	175 127

Budsjettet videreføres på samme nivå som saldert budsjett 2012. Forslag om flytting av bevilgning mellom kapittel og post er omtalt under aktuell post.

Tjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være samordnet og tilpasset pasienter med sammensatte lidelser. Samordning av tjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er særskilt viktig, jf. omtale i Meld. St. 30 (2011–2012). Det er et mål at forpliktende samhandling i tjenestene styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nær pasientenes bosted. Det er et mål å ha gode rutiner for samarbeid med kommunen før, under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser er omtalt under kap. 763, Rustiltak, 764 Psykisk helse og kap. 732 Regionale helseforetak.

Post 01 Driftsutgifter Kontrollkommissjonene

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester for kontrollkommissjonene innen det psykiske helsevernet. Det foreslås bevilget 38,1 mill. kroner i 2013. Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommi-

sjon. Landet har 56 kontrollkommissjoner. Kontrollkommissjonene 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 kontrollkommissjonene. Kontrollkommissjonene rapporterer årlig til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har et overordnet ansvar for kommisjonenes arbeid. Tall fra kontrollkommissjonenes årsmelding inngår i Samdata-analysen for bruk av tvang i det psykiske helsevern for voksne. Analyser av data fra Kontrollkommissjonene og fylkesmennenes klagesaksbehandling viser til dels betydelige forskjeller i medholdsprosent mellom kommissjonene og fylkesmannsembetene. Det er ikke kjent hva som kan være årsaken til disse forskjellene. Arbeidsgruppen som i 2009 vurderte behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven mente det var behov for å vurdere hvordan Kontrollkommissjonsordningen fungerer i et bredere perspektiv enn det som var tema for evalueringen i 2005. Gruppen anbefalte bl.a. at kontrollkommissjonenes arbeid burde følges opp for å sikre lik praksis på landsbasis. Det ble også etterspurt en evaluering av hele ordningen når det gjelder organisering, mandat og arbeidsform. I ny nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) inneholder den statlige plandelen tiltak for å oppnå bedre kvalitetssikring av kommisjonenes arbeid og mer enhetlig praksis nasjonalt, herunder etablering av et eget opplæringskurs for kontrollkommissjonsmedlemmer. Den menneskerettslige kompetansen i kontrollkommissjonene og fylkesmannsembetene skal også styrkes, som ledd i denne strategien.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Følgende bevilgning foreslås flyttet:

- 6 mill. kroner fra kap. 764, post 60 til pilotprosjekt for oppfølgingstiltak for utilregnelige lovbytere

Formålet med posten er å følge opp nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester, som erstatter den forrige tiltaksplanen. Videre skal posten finansiere utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer, samt annet utviklingsarbeid innen rusområdet. Se også omtale under post 72. Det foreslås bevilget 15,8 mill. kroner i 2013.

Pilotprosjekt for oppfølgingstiltak av utilregnelige lovbytere.

I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011–2012) ble tilskuddet økt med 6 mill. kroner. Økningen foreslås videreført i 2013.

Det er behov for å beskytte samfunnet mot utilregnelige lovbytere som begår vedvarende og grov, samfunnsskadelig kriminalitet. Helsedirektoratet fikk i 2011 i oppdrag å etablere et pilotprosjekt. Det foreslås å utvide det etablerte pilotprosjektet for å utvikle frivillige oppfølgingstiltak i samarbeid mellom helse- og justissektoren. Prosjektet er startet i Oslo, og forutsettes etablert i Bergen og Trondheim i løpet av 2013. Prosjektet i Oslo er lagt til psykiatrisk fengselspoliklinikk i Oslo fengsel i samarbeid med regional sikkerhetsavdeling, Dikemark og Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo kommune, politiet mv.

Samlet forelås det 9,1 mill. kroner til dette tiltaket i 2013.

Post 70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket

Bevilgningen dekker utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m. m. § 5–3. Bevilgningen 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 2011 ble det til sammen hjemhentet og utsendt 25 pasienter med alvorlig psykisk sykdom.

Det foreslås bevilget 2,3 mill. kroner i 2013.

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 lovbytere. Ansvaret 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. Det foreslås bevilget 71,9 mill. kroner i 2013.

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 kontrollkomisjon med ansvar for alle psykiske utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg. Det er anslått at kapasitetsbehovet totalt er 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. Fra januar 2002 til mai 2012 er til sammen 20 personer dømt til tvungen omsorg. Per mai 2012 var én person innlagt i fagenheten, med gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg etter straffelovens § 39a. Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært to til tre personer. 9 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar. For 10 personer er dom til tvungen omsorg opphørt. Fra januar 2002 til mai 2012 har til sammen 18 personer vært innlagt i fagenheten etter kjennelse fra retten om gjennomføring av pliktig/ikke pliktig varetektssurrogat, jf. str.p.l. §188, 2. ledd 3 punktum/§188, 2. ledd og/eller judisiell observasjon i institusjon, jf. str.p.l. §167.

Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 2 mill. kroner til kap. 781, post 79 knyttet til to nye lavterskeltiltak

Formålet med posten er å sikre særlige utviklingsområder innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige. Videre er formålet å følge opp nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester, tilskudd til prosjekter i regi av kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, tilskudd til Senter for rus- og avhengighetsforskning og videreføring av tilskudd til Stifinnern og narkotikaprogram med domstolskontroll. Det foreslås bevilget 46 mill. kroner i 2013.

Tvang i psykisk helsevern

Det er et overordnet mål at psykisk helsevern i størst mulig grad er basert på frivillighet. Bruk av tvang representerer et alvorlig inngrep i et enkeltmenneskes liv. Terskelen for å gripe inn med tvang bør derfor være høy. Psykisk helsevernloven legger imidlertid til grunn at det i en del situasjoner og overfor en del pasienter er nødvendig og riktig å bruke tvang, både av hensyn til pasienten selv og av hensyn til omgivelsene. Departementet vil tilstrebe en redusert bruk av tvang og legge til rette for at tvang kun brukes når det er absolutt nødvendig. Departementet legger til grunn at bruk av tvang ofte kan forebygges gjennom god oppfølging av pasienter og pårørende.

Antall tvangsinnleggelseser er tilnærmet uendret fra 2008. Innrapporterte data om bruk av tvang fra det psykiske helsevernet har ikke den kompletthet og kvalitet som er nødvendig for å følge utviklingen over tid. Det er stilt tydelige krav til de regionale helseforetakene om å sørge for riktig og konsekvent dataregistrering. Beregninger basert på pasientdata fra Norsk pasientregister viser at om lag 5700 personer ble tvangsinnlagt (dvs. tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold) til sammen 8300 ganger i 2010. Dette innebærer at 22 pst. av de som mottok døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne i 2010 var tvangsinnlagt, og 18 pst. av alle døgnopphold var basert på tvangsvedtak.

Det er geografiske forskjeller i omfanget av tvangsinnleggelseser mellom helseforetakene. Det er fortsatt behov for forskning for å kunne forklare omfang av og variasjon i bruken av tvang.

Helsedirektoratet opprettet i 2008 et nettverk for kunnskapsutvikling og forskning om bruk av tvang for å bidra til å øke interessen for forskning på området. Nettverket evalueres i 2012.

En etisk utfordring ved bruk av tvang er hvordan pasient og pårørende kan delta i viktige beslutninger. Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo har startet prosjektet Psykisk helse, rus og etiske dilemma, for å styrke etikkarbeidet i de psykiske helsetjenestene.

Departementet har satt i verk en nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester. Bakgrunnen for strategien er NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Strategien inneholder tiltak som veiledning, kompetanseoppbygging, bedre dokumentasjon og styrking av kontroll- og tilsynsordningene. I tillegg er det på regionalt og lokalt nivå stilt en rekke krav til etablering og gjennomføring av tiltaksplaner for å redusere bruken av tvang. Målsetningen med strategien og forslagene i NOU 2011: 9 er i stor grad sammenfallende: å sørge for at psykisk helsehjelp i størst mulig grad gis frivillig og at tvang, når dette er nødvendig, skal skje på en riktig og ensartet måte. Erfaringene med strategien vil være viktige å bygge videre på i vurderingen av hvordan kvaliteten i psykisk helsevern kan økes og tvang reduseres. Departementet ønsker derfor ikke å gjennomføre større lovendringer nå.

Kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Behandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse som begår grove kriminelle handlinger, stiller særlig krav til kompetanse. De tre regionale kompetansesentrene gir, i samarbeid med de regionale sikkerhetsavdelingene, undervisning og veiledning innen de tre kjerneområdene. De har også ansvar for forskning og fagutvikling innen for feltet.

For å styrke samarbeidet mellom de tre Kompetansesentrene, styrke fagområdene og utnytte ressursene på en best mulig måte, er det etablert et kompetansetjenestenettverk mellom de tre. Kompetansesentrene har deltatt aktivt og gitt svar på faglige spørsmål både til helsemyndigheter og til media etter terroranslaget i Oslo.

I tillegg til regionale prosjekter innen fagutvikling og forskning har Kompetansesentrene ansvar for flere nasjonale fagutviklings- og forskningsprosjekter, samt kontakt med internasjonale forskere og forskergrupper.

Departementet vurderer at det er behov for å gjennomgå det rettspsykiatriske fagfeltet. Gjennomgangen bør vurdere særskilte temaer som

kompetanse, fagmiljø, kurstilbud, autorisasjon mv. Departementet vil be Helsedirektoratet, i samarbeid med berørte fagmiljøer og brukerorganisasjoner, om å gjennomføre en slik utredning i 2013.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Personer med rusproblemer har krav på spesialiserte tjenester med god kvalitet og med riktig og tverrfaglig kompetanse. I regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet er dette et eget delmål. Styrking av kvalitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært en av hovedprioriteringene siden 2004, da rusbehandling ble etablert som en spesialisthelsetjeneste.

Nasjonale faglige retningslinjer er et sentralt virkemiddel. Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet ble ferdigstilt i 2010. Retningslinjen følges gjennom årlige statusrapporter fra Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf). Retningslinjen skal revideres i løpet av 2015.

Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelasistert rehabilitering (lar) og oppfølging av familiene fram til barnet når skolealder ble ferdigstilt i 2011. Det er gjennomført omfattende implementeringsarbeid i hele landet i samarbeid med helsefor- etak, kommuner og brukerorganisasjoner.

Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse ble ferdigstilt i 2011. Implementeringsplan er utarbeidet og gjennomføres i samarbeid med ny nasjonal kompetansetjeneste for kombinerte ruslidelser og psykisk lidelser ved Sykehuset Innlandet HF.

Veileder for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling revideres og blir ferdigstilt i løpet av 2012. Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor lar ferdigstilles i løpet av 2012. Arbeidet med faglig retningslinje for avrusning og behandling av akutte livstruende overdosetilstander før innleggelse i institusjon ble startet opp i 2010 og planlegges ferdig i 2013. Retningslinje for behandling og rehabilitering av personer med rusproblemer er startet i 2011 og planlegges ferdigstilt i 2014. Det vises til omtale under kap. 762.

Narkotikaprogram med domstolskontroll

En prøveordning med narkotikaprogram med domstolskontroll 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 rehabili-

teringsprogram. Statens Institutt for rusmiddel- forskning har i oppdrag å foreta evaluering/opp- følgingsstudie av de som inkluderes i program- met. Denne vil etter planen foreligge i 2013. Pro- sjektperioden 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 ordningen er å tilby innsatte rusavhengige oppstart av behan- ling i soningstiden, med videre behandlingsforløp etter endt soning. Midlene til drift av tiltaket gis som tilskudd av Justis- og beredskapsdeparte- mentet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Rusmestringsenheter

Det er etablert 13 rusmestringsenheter med i alt 148 plasser i norske fengsler. Enhetene er etablert av Justis- og politidepartementet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. Enhetene skal være for innsatte med rusproblemer og som er vur- dert av spesialisthelsetjenesten til å ha rett til nød- vendig helsehjelp, og derved rett til tverrfaglig spe- sialisert rusbehandling for sine rusproblemer. Kri- minalomsorgen og spesialisthelsetjenesten har eta- blert egne avdelinger med ulike faggrupper. Det er i utgangspunktet et distriktpsykiatrisk senter, i det området der fengselet er geografisk plassert, som har ansvaret for å bistå med helsepersonell. Det vises til omtale under kap. 762.

Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid utar- beidet et eget rundskriv for rusmestringsenheter. Dette rundskrivet vil etter høring bli gjort gjel- dene fra 2013. Formålet med rundskrivet er å tydeliggjøre rammebetingelser for eksisterende og framtidige rusmestringsenheter samt å vise til sentrale regelverksbestemmelser. Rundskrivet beskriver ansvarsforholdet, oppgavene og samar- beidet mellom kriminalomsorgen, den kommu- nale helse- og omsorgstjenesten/fengselshelsetje- nesten og spesialisthelsetjenesten.

I forbindelse med St.meld. Nr. 37 (2009–2010) Kriminalomsorgsmeldingen foreslo Justis- og poli- tidepartementet 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 skal sone i ordinære fengsler, men plasseres i egne enheter med betydelig forsterket fagpersonell. Helse- og omsorgsdepartementet bidrar med midler til psykologstillinger for å styrke den helsefaglige bemanningen.

Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
750	Statens legemiddelverk	226 020	220 659	227 716	3,2
751	Legemiddeltiltak	69 008	72 916	75 323	3,3
	Sum kategori 10.50	295 028	293 575	303 039	3,2

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
01–23	Statens egne driftsutgifter	237 720	232 585	240 036	3,2
70–89	Andre overføringer	57 308	60 990	63 003	3,3
	Sum kategori 10.50	295 028	293 575	303 039	3,2

Kap. 750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
01	Driftsutgifter	226 020	220 659	227 716
	Sum kap. 0750	226 020	220 659	227 716

I 2013 skal de regionale helseforetakene, Statens legemiddelverk, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet implementere nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Enkle metodevurderinger av legemidler skal håndteres av Statens legemiddelverk som også utarbeider analyser av budsjettkonsekvenser for helseforetakene. Det foreslås på denne bakgrunn 2,5 mill. kroner mer til Legemiddelverket sammenliknet med saldert budsjett 2012. Det vises også til omtale under kap. 720, post 01, kap. 725, post 01 og kap. 732. under kap. 725 Kunnskapssenteret og kap. 720,

De overordnede målene for legemiddelpolitikken er at legemidler skal brukes riktig, både medisinsk og økonomisk. Pasienter skal ha lik tilgang til sikre og effektive legemidler, uavhengig av betalingsevne, og legemidler skal ha lavest mulig pris.

Flere tiltak som skal bidra til tryggere bruk av legemidler, er satt i gang i helsetjenesten. Dette omfatter bl.a. samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomganger i regi av pasientsikkerhetskampanjen og innføring av e-resept med forskrivningsstøttesystemet Fest, jf også omtale post 22, e-resept.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 5 mill. kroner fra kap. 720, post 22, til drift av e-resept/Fest ved Legemiddelverket.

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

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 bruk både hos mennesker og dyr. Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt ved godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), fastsettelse av maksimalpris og trinnpris for reseptpliktige legemidler til mennesker, opptak på forhåndsgodkjent refusjon, endringer og vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler, bivirkningsovervåking og kvalitetskontroll. Videre inngår veiledning om riktig legemiddelbruk, godkjenning av legemiddelutprøvinger, utredning av utviklingsplaner for legemidler til barn og av avansert terapi, dokumentasjon for miljøkonsekvenser av legemiddelbruk, samt veiledning og tilsyn med aktører i legemiddelforsyningskjeden. Legemiddelverket har også ansvar for regelverket som fastslår hva som er narkotiske stoffer (narkotikalistene).

Tilgang til sikre og effektive legemidler

Legemiddelverket har de siste årene styrket arkiv og saksbehandlingsskapasitet, og utsteder nå med få unntak markedsføringstillatelser innenfor forskriftsfestede tidsfrister. Legemiddelverket mottar færre såkalte fornyelsessøknader enn tidligere. Bakgrunnen for dette er en regelverksendring i 2005 som medfører at industrien nå bare trenger å søke om én fornyelse av en markedsføringstillatelse fem år etter utstedelse av tillatelsen. Legemiddelverkets ramme er justert i tråd med den inntektsreduksjon som følger av dette, jf omtale under kap. 3750, post 04.

Antall preparater med markedsføringstillatelse på det norske markedet er i løpet av de siste 10 årene mer enn firedoblet. Utredning og implementering av endringer for markedsførte prepara-

ter er nødvendig for å sikre best mulig kvalitet og riktig bruk. Legemiddelverket arbeider for at produktinformasjonen for alle markedsførte preparater til enhver tid er oppdatert.

Legemiddelverket er i ferd med å utvikle en digital saksbehandlings- og samhandlingsløsning. Prosjektet Eyra vil bidra til bedre forutsigbarhet og mer effektiv håndtering av saksbehandlingsprosesser. Gjennom den offentlige plattformen Altinn vil brukerne kunne levere søknader, foreta avklaringer relatert til søknaden samt få innsyn i egne saker i Legemiddelverkets fagsystem. De digitale saksbehandlings- og samhandlingsløsningene utvikles i leveranser på de ulike saksområdene og prosjektet planlegger to av leveransene i 2013.

Det er knyttet usikkerhet til hvor stor andel av Legemiddelverkets kunder som vil eller kan ta i bruk den nye samhandlingsløsningen. Tilgjengeligheten er bl.a. avhengig av at utenlandske brukere får tilgang til Altinn.

Bivirkningsovervåking av legemidler til mennesker er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Bivirkningsmeldinger samles i en nasjonal database ved Legemiddelverket. Data i denne databasen deles internasjonalt. Dette samarbeidet gjør at nye bivirkninger kan identifiseres raskt og at harmoniserte tiltak kan settes i verk. Nytt og styrket regelverk for sikkerhetsoppfølging av legemidler i EU trådte i kraft i juli 2012. I denne forbindelse ble en ny europeisk vitenskapelig komité for legemiddelsikkerhet opprettet. Regelverket har medført nye oppgaver og økte forpliktelser til oppfølging for preparater hvor Legemiddelverket har europeisk utredningsansvar.

Legemiddelverket inspiserer årlig om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg gjennomføres inspeksjoner av kliniske utprøvinger, systemer for bivirkningsrapportering og tilsyn med virksomheter som håndterer celler og vev. Som følge av Norges internasjonale forpliktelser på legemiddelområdet gjennomføres også inspeksjoner av legemiddelprodusenter og kliniske utprøvinger i land utenfor EØS.

Nytt internasjonalt regelverk skal gjøre det vanskeligere å forfalske legemidler. Dette omfatter skjerpede krav til aktørene i distribusjonskjeden og til netthandel med legemidler og vil innebære en økning av Legemiddelverkets tilsynsoppgaver.

Forfalskede legemidler er en trussel for folkehelsen. Legemiddelverket arbeider sammen med politi- og tolletaten samt internasjonalt i regi av EU og Europarådet for å redusere risikoen for at

forfalskede legemidler når norske utsalgssteder. Som et ledd i arbeidet har departementet sendt på høring et forslag om forbud mot privatimport av reseptpliktige legemidler ved forsendelse, og forslag om at ulovlige privatimporterte legemidler kan beslaglegges og destrueres.

For å avdekke nye stoffer som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripes, Toll- og avgiftsdirektoratet og Statens institutt for rusmiddelforskning. Før oppføring vurderer Legemiddelverket hvor farlig og hvor vanedannende et stoff er.

Refusjonsordning som gir lik og enkel tilgang til effektive legemidler ved dokumentert behov

Legemiddelverket har fullmakt til å innvilge forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel, dersom utgiftsveksten for trygden er under bagatellgrensen, jf. legemiddelforskriften § 14-15. Legen vurderer om pasientene oppfyller de vilkår som Legemiddelverket har satt for refusjon.

Av 110 refusjonssøknader som ble ferdigbehandlet i 2011, fikk 108 innvilget refusjon, herav to som ble sendt departementet pga. bagatellgrensen, og to ble avslått.

For omtale av nye legemidler i blåreseptordningen vises til kap. 2751, post 70, Nye legemidler i blåreseptordningen.

Medisinsk og økonomisk riktig bruk av legemidler

I 2008 ble det opprettet en ny informasjonsenhet ved Statens legemiddelverk for å styrke informasjonsarbeidet om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler. Samme år trådte ny blåreseptforskrift i kraft. Den nye forskriften tydeliggjorde refusjonsbestemmelsene og tilpasset dem til et elektronisk format. Evaluering av disse tiltakene ble gjennomført høsten 2011 og det ble konkludert med at tiltakene har hatt effekt i ønsket retning.

For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet tjenesten Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte, Fest, som en del av e-reseptløsningen. Fest-databasen inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder nå også informasjon som

gjør at legene i forskrivningsprosessen får varsel om ev. ny og viktig sikkerhetsinformasjon for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Fest gir tilgang til oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journal-systemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Fest utbres sammen med resten av e-resept i 2012 og 2013.

Legemiddelverket følger nøye med på forbruksutviklingen for smertestillende legemidler som også kan selges reseptfritt. Det er så langt ikke avdekket uheldige utviklingstrekk i salget utenom apotek som nødvendiggjør særskilte tiltak. Legemiddelverket jobber kontinuerlig for å bedre befolkningens kunnskap om riktig bruk av smertestillende legemidler.

I 2013 skal de regionale helseforetakene, Statens legemiddelverk, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet implementere nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Innføring av systemet er et langsiktig utviklingsarbeid som vil stille store krav til etablering av nødvendige støttefunksjoner, kulturendring og koordinering mellom involverte aktører. Det er behov for samhandling med brukere og pasientorganisasjoner, primærhelsetjeneste, innovasjons- og forskningsmiljøer og produsenter av ny teknologi. Enkle metodevurderinger av legemidler skal håndteres av Statens legemiddelverk som også utarbeider analyser av budsjettkonsekvenser for helseforetakene. Det vises til omtale under kap. 720, post 01, kap. 725, post 01 og kap. 732.

Legemidler skal ha lavest mulig pris

For å sikre lavest mulig pris på reseptpliktige 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. Per 15. september 2012 omfattet det totalt 81 virkestoff. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen. Det vises også til omtale av legemiddelpriser under kap. 2751, post 70.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
02	Diverse inntekter	11 865	2 101	2 170
04	Registreringsgebyr	102 644	124 510	120 355
06	Refusjonsgebyr	2 350	2 646	2 733
15–18	Refusjon lønnsutgifter	116 859		
	Sum kap. 3750	123 171	129 257	125 258

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker 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

Bevilgningen dekker gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillat-

telser eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel. Industrien måtte tidligere søke om fornyelse av en markedsføringstillatelse hvert femte år. Nå er det bare nødvendig med én fornyelse av markedsføringstillatelsen fem år etter utstedelse av tillatelsen. Nedgangen i denne type søknader har ført til en nedgang i inntekter under denne posten, jf omtale under kap. 750.

Post 06 Refusjonsgebyr

Bevilgningen dekker det legemiddelfirmaene betaler for å få behandlet søknader om forhåndsgodkjent refusjon.

Kap. 751 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 700	11 926	12 320
70	Tilskudd	57 308	60 990	63 003
	Sum kap. 0751	69 008	72 916	75 323

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2012.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til ulike prosjekter / tiltak med målsetning å sikre riktigere legemiddelbruk. Støtte er gitt til kompetansehevede tiltak for helsepersonell eller virksomheter som yter helsehjelp. Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport med forslag til tiltak for å bedre legemiddelbehandlingen av eldre på sykehjem og i hjemmesykepleien. Disse tiltakene følger bl.a. opp en

rekke avvik funnet ved tilsyn med legemiddelbehandling på sykehjem. Målgruppen for rapporten er kommuner/kommuneleger, fastleger, ledere og helsepersonell på ulike omsorgsnivå som har ansvar for å gi god kvalitet på legemiddelbehandling til eldre. Helsedirektoratet har videre utarbeidet en veileder om legemiddelgjennomganger som er ett av de foreslåtte tiltakene for å bidra til bedre legemiddelbruk. Bruk av legemiddelgjennomganger i sykehjem fremmes bl.a. i den pågående nasjonale pasientsikkerhetskampanjen.

Bevilgningen skal videre brukes til å støtte et erfaringsbasert mastergradsstudium i klinisk far-

masi ved Universitetet i Oslo som startet høsten 2009. I tillegg nyttes bevilgningen bl.a. til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboken og til tiltak på området medisinsk utstyr.

Post 70 Tilskudd

Kompetansenettverk legemidler for barn

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn har vært i full drift ved barneklubben på Haukeland universitetssykehus siden 2010. Nettverket har følgende fire prioriterte arbeidsfelt: Pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling samt vitenskapelig kompetanse og kunnskapsoppsummering. Nettverket bidrar til kvalitetssikringsarbeid i spesialist- og primærhelsetjenesten ved å støtte prosjekter faglig og økonomisk. Nettverket arrangerer også faglige seminarer.

Nettverket har en styringsgruppe bestående av leder og sekretær samt representanter fra de øvrige helseregionene og primærhelsetjenesten. Nettverket samarbeider med barnelegeforeningen og har etablert lokale legemiddelutvalg ved alle landets 20 barneavdelinger. De 20 legemiddelutvalgene er en forutsetning for at nettverket skal fungere som et nasjonalt, tverrfaglig kompetansenettverk. Totalt er det om lag 100 medlemmer i nettverket, inkludert styringsgruppe og stab.

I årene 2010–2012 har det blitt bevilget 5 millioner kroner pr år til nettverket. Det foreslås at nettverket i tillegg til etablerte oppgaver oppretter et sekretariat for et forskningsnettverk for legemidler til bruk hos barn. På denne bakgrunn foreslås det en bevilgning på totalt 6 mill. kroner i 2013 til nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn.

Apotek

Det ble opprettet 32 nye apotek i 2011, mens fem apotek ble lagt ned. Per 1. juni 2012 er det til sammen 717 apotek i Norge, fordelt på 252 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.

Fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen gjelder for pasienter som har 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 universitetssykehusene. 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 2011 startet Relis et pilotprosjekt med en nettbasert svartjeneste for gravide og ammende med råd om legemiddelbruk. Pilotprosjektet ble evaluert i 2012. Det foreslås å videreføre denne informasjonstjenesten om bruk av legemidler ved graviditet og amming i 2013.

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 mattrygghet 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 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
03	Tilbakebetaling av lån	141	187	0
	Sum kap. 3751	141	187	0

Post 03 Tilbakebetaling av lån

Under den tidligere apotekloven ga staten støtte i form av rentefritt lån ved etablering av nye apotek, overtakelse av apotek eller overtakelse/ flytting o.l. Ordningen med rentefritt lån er opphørt og lånene er avviklet.

Garantifullmakter

Garanti for lån til opprettelse og ombygging av apotek

	(mill. kr)
Utbetalt i 2011	0
Garantiansvar per 31.12.2011	5,7
Fullmakt nye garantitilsagn 2012	0
Forslag nye garantitilsagn 2013	0
Ramme garantiansvar 2013	400,0

Programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
761	Omsorgstjeneste	1 695 209	1 809 030	1 879 652	3,9
762	Primærhelsetjeneste	256 343	471 501	710 470	50,7
763	Rustiltak	730 418	739 781	410 663	-44,5
764	Psykisk helse	777 092	772 161	800 537	3,7
769	Utredningsvirksomhet mv.	35 216	36 330	36 429	0,3
	Sum kategori 10.60	3 494 278	3 828 803	3 837 751	0,2

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
01–23	Statens egne driftsutgifter	347 205	352 654	340 841	-3,3
50–59	Overføringer til andre statsregnskap		13 200	6 036	-54,3
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen	2 154 706	2 502 757	2 501 446	-0,1
70–89	Andre overføringer	992 367	960 192	989 428	3,0
	Sum kategori 10.60	3 494 278	3 828 803	3 837 751	0,2

Kommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Rammene for kommunenes tjenestetilbud er nedfelt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukerrettighetsloven. Virksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste reguleres også gjennom sentralt avtaleverk mellom kommune, stat og yrkesorganisasjoner. Dette gjelder bl.a. fastlege- og fysioterapivirksomhet.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises til omtalen i Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon. I tillegg finansieres disse tjenestene gjennom Helse-

og omsorgsdepartementets tilskudd, under programkategori 10.60, samt gjennom brukerbetaling og egenandeler og ved statlige trygderefusjoner til bl.a. lege- og fysioterapitjenester, omtalt under programområde 30.

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.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i kontinuerlig 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, handlingsplanen for eldreomsorgen, fastlegereformen og opptrappingsplanen for psykisk helse, har vært 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 har det skjedd en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebasert behandling og oppfølging. Nye tall viser bl.a. en markant økning i antallet brukere som får hjemmesykepleie de siste ti årene. Denne utviklingen viser behovet for samhandlingsreformen som bl.a. har som mål å tilpasse insentiver til en faglig riktig oppgavedeling.

Andre trekk ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene er at tjenestene i økende grad vektlegger livskvalitet, mestring og trygghet i hverdagen. Tjenestetilbudet har gjennomgående fått en mer aktiv profil, og det legges større vekt på brukerinnflytelse. Dette bidrar til at brukerne av helse- og omsorgstjenester 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. Mange brukere som står i krevende livssituasjoner, kan ha både sosiale og helsemessige problemer eller oppleve funksjonssvikt. Målet for kommunene er å tilby tjenester som er tilpasset brukernes individuelle behov, uavhengig av om de har psykiske lidelser, somatiske problemer eller rusmiddelproblemer.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble innført fra januar 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Tydelige effekter av reformen ses allerede, men mange av effektene og også vir-

kemidlene vil komme gradvis de neste årene. Ett eksempel på det siste er innføring av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, hvor det vil være en gradvis innføring fram til 2016 når tilbudet skal være etablert i alle kommuner, og revidert fastlegeforskrift, som trer i kraft 1. januar 2013. Forskriften er et verktøy for å utvikle allmennlegetjenesten i tråd med reformen, samt følge opp fastlegereformen fra 2001 med en tydeliggjøring av innholdet i tjenesten jf. omtale kap. 762, post 63. Samhandlingsreformen er viktig for å utvikle tjenestene innenfor psykisk helse og rusbehandling. Det gis utviklingsmidler for å understøtte reformen på disse områdene, både knyttet til kommunale lavterskeltilbud og helhetlig oppfølging til mennesker med langvarige og sammensatte behov pga. psykiske og eller rusrelaterte lidelser. I Meld. St. 30 (2011–2012) varsler regjeringen en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter innen rusbehandling og psykisk helsevern, så snart det lar seg gjøre. Regjeringen vil fortsatt følge utviklingen innen psykisk helsearbeid og gjennom landets fylkesmenn understreke betydningen av at resultatene oppnådd gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse videreføres.

Fra 1. januar 2012 ble det innført tre økonomiske virkemidler innen somatikk:

Kommunal medfinansiering

Kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering er om lag 1,77 mrd. kroner basert på regnskapstall per første tertial. Prognose for kommunenes finansieringsansvar gjennom kommunal medfinansiering for hele 2012 er 5 184 mill. kroner. Dette er noe høyere enn overførte midler på om lag 5 mrd. kroner. Departementet vil understreke usikkerheten i tallgrunnlaget. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringene med innfasing av samhandlingsreformen og kvaliteten på registreringen som må legges til grunn for oppgjørsordningen.

Prognosen for økte kommunale utgifter til kommunal medfinansiering er et uttrykk for at sykehusene generelt har gitt flere pasienter behandling enn forventet, og at ventetidene går nedover. I budsjettet for 2012 er det lagt til grunn at kommunene skal overta tilbud innen øyeblikkelig hjelp. Det antas at aktiviteten i stor grad vil skje på sykehusene i 2012, bl.a. som følge av søknadsfristen for kommunene var 1. juli 2012, jf. omtale nedenfor. I tråd med reformens intensjoner er det viktig at kommuner og sykehus jobber for at færrest mulig trenger behandling i sykehus. Både

forebygging og gode alternative tilbud i kommunene kan bidra til dette.

Utskrivningsklare pasienter

Foreløpige tall for utskrivningsklare pasienter tyder på at ordningen fungerer etter intensjonen. Kommunene tar i mot utskrivningsklare pasienter raskere, noe som frigjør kapasitet i sykehusene. Aktiviteten i helseforetakene i første tertial 2012 kan indikere at det tar noe tid å tilpasse kapasiteten i takt med at kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter.

Grunnlaget for overføringen av midler til kommunene er 140 000 liggedøgn. De to siste årene har det vært mellom 123 000 og 138 000 registrerte utskrivningsklare liggedøgn i Norsk pasientregister (NPR). Dette utgjør 3–4 pst. av alle oppholdsdøgn i somatiske sykehus. Med utgangspunkt i antall utskrivningsklare oppholdsdøgn rapportert til NPR i første tertial, kan antall oppholdsdøgn i 2012 anslås til mellom 70 000 og 80 000, dvs. en halvering. Dette vil i så fall føre til at kommunene betaler tilbake om lag halvparten av det tilførte beløpet på 560 mill. kroner. Samtidig vil tidlig motak av pasienter ha kostnad i kommunene.

Det er utformet en egen kompensasjonsordning på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett 2012 for kommuner som har høyere kostnader ved innføringstidspunktet til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter enn det fordeling etter kostnadsnøkkelen tilsa. Disse vil i tre år få en særskilt kompensasjon utover det beløpet som er overført fra regionale helseforetak og som blir fordelt gjennom kostnadsnøkkelen. Kompensasjonen utgjør 305 mill. kroner i 2012.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

I henhold til ny helse- og omsorgstjenestelov vil kommunene fra 2016 få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Tilbudet skal fases inn i kommunene over en fireårs periode fram til plikten trer i kraft. I det året tilbudet starter opp i kommunen skal kommunen søke om tilskudd fra Helsedirektoratet. Dette tilskuddet dekker halvparten av de totale utgiftene til etablering og drift av tilbudet. Den andre halvparten tilføres gjennom direkte bidrag fra regionale helseforetak. Det er avsatt rammer for hver region og ev. ubrukte midler skal tilbakeføres de regionale helseforetak etter samme nøkkel som uttrekket.

146 kommuner har søkt om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnoophold for 2012 og tildeling

er foretatt. Søknadsfristen gikk ut 1. juli. Det er i alt søkt om 180,6 mill. kroner. Dette er om lag 50 mill. kroner mer enn budsjettert.

Å kartlegge effekter av og sammenhenger mellom de økonomiske virkemidlene er et sentralt element i Helsedirektoratets forvaltningsmessige følge med-opplegg for gjennomføringen av reformen. For nærmere omtale av de økonomiske virkemidlene vises det til kap. 732.

Utviklingstiltak

740 mill. kroner ble bevilget til gjennomføring av Samhandlingsreformen i 2012. I tillegg vil stimuleringsmidler til tjenesteutvikling generelt over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett innrettes for å støtte gjennomføringen av samhandlingsreformen. Midlene foreslås videreført og styrket til om lag 900 mill. kroner i 2013, herunder foreslås en styrking av arbeidet med å videreutvikle den kommunale allmenlegetjenesten med 50 mill. kroner, samt 90 mill. kroner til utvikling av IKT i helse- og omsorgssektoren. For nærmere omtale av IKT satsningen vises til kap. 720 og kap. 781. Samhandlingsmidlene skal hovedsakelig stimulere til å videreutvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tråd med samhandlingsreformen. Dette innebærer tilskudd for kommuner til å etablere og videreutvikle tilbud innen psykisk helse og rusarbeid, etablering av lokalmedisinske sentre og kommunesamarbeid, utvikling av skolehelsetjeneste og helsestasjon, IKT-utvikling, etablere frisklivssentraler, rekruttere psykologer til kommunene, gjennomføre fastlegeforskriften, samt styrke kompetansen i legevakt, jf. kap. 761, 762, 763 og 764. I 2013 omdisponeres 30 mill. kroner til forebyggende helsetjenester i kommunene, herunder utviklingstiltak rettet mot hjemmerehabilitering, samt effektive lokale tjenester til mennesker med diabetes og KOLS og andre kronikergrupper, jf. kap. 762, post 60.

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetakene er inngått. I avtalene er man blitt enige om ulike oppgaver og rutiner. Arbeidet med avtalene har bidratt til at partene har fått mer kunnskap om hverandres situasjon og skapt tettere samarbeid mellom politisk og administrativ ledelse, og mellom helsepersonell. Uavhengig nasjonal tvisteløsningsnemnd er oppnevnt, men har ikke så langt blitt brukt av partene ved avtaleinngåelser i 2012.

I tildelingsbrevet til Forskningsrådet for 2012 ble det bevilget 10 mill. kroner til en forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. I den første utlysningen av midler til evaluerings-

prosjekter våren 2012 kom det 17 søknader. Det planlegges en ny og mindre utlysning av prosjektmidler i 2013. Det vil da bli prioritert midler til de områder som ikke i tilstrekkelig grad ble dekket i den første utlysningen og ev. nye aktuelle problemstillinger som har kommet til under implementeringen av reformen jf. omtale kap. 780.

Rehabilitering

Samhandlingsreformen vil innebære en utvikling av rehabiliteringsområdet i kommunene. Kommunens ansvar for helhetlig pasientforløp er tydeliggjort i ny kommunal helse- og omsorgslov. De sammensatte utfordringene i helse- og omsorgstjenesten knyttet til endringer i behandlingsmetoder, personellsituasjonen, demografiske endringer og nye sykdomsmønstre tilsier at det er nødvendig med nye løsninger og flerfaglig tilnærming for å lykkes innen rehabilitering.

Den medisinskfaglige utviklingen innen f.eks. ortopediske operasjoner og hjerneslagbehandling innbærer kortere opphold i spesialisthelsetjenesten. Pasientene kommer raskere tilbake til hjemmet eller kommunale helse- og omsorgstilbud, men forutsetning for et godt resultat vil være tidlig igangsetting av rehabilitering i kommunal regi. Rehabilitering er en prosess, og kan innebære kortere og langvarig oppfølging. Det er ofte behov for tjenester fra flere instanser, som fysioterapi og ergoterapi, Nav, hjelpemiddelsentralen, logoped, psykososiale tiltak mv. Samarbeid med og veiledning fra spesialisthelsetjenesten vil ofte være nødvendig.

Med innføring av kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i sykehus og kommunal medfinansiering for spesialisthelsetjenester er det etablert et økonomisk insentiv for økt innsats i kommunene innen forebygging og rehabilitering og andre oppfølgingstjenester som en integrert del av kommunens helse- og omsorgstilbud.

Mange kommuner etablerer tilbud om såkalt hjemmerehabilitering etter den danske Fredericia-modellen, hvor det legges vekt på opptrening i hjemmet og nærmiljøet for å fremme egenmestring, deltakelse og aktivt liv ut fra brukers eget mål. Mange kommuner etablerer også egne kommunale rehabiliteringsenheter eller døgnplasser for korttidsopphold med opptrening mv., ofte som del av et lokalmedisinsk senter eller andre samorganiserte tjenester. Kommunesamarbeid kan være hensiktsmessig for mange kommuner for å kunne gi tilpassede tilbud og samarbeide om kompetanse. Det samarbeides også med privatprakti-

serende fysioterapeuter med avtale og andre private rehabiliteringstilbud.

Det er behov for ytterligere klargjøring av ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet fikk i 2011 i oppdrag å gjennomgå rehabiliteringsfeltet for å avklare hva som skal være kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver. Helsedirektoratet la fram en rapport i januar 2012 hvor det anbefales en oppgavefordeling basert på en vektskålmodell: høyt behov for spesialisering, kompleksitet og intensitet i oppfølgingen tilsier at ansvaret skal ligge i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende slår vektskåla ut mot kommunalt ansvar når det er stort behov for tverrsektoriell samhandling med langvarige behov knyttet til nærmiljø. Forslagene i rapporten vil inngå som del av departementets arbeid med å tydeliggjøre og styrke rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Se kap. 733 for ytterligere omtale av rehabiliteringsområdet.

Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 er Regjeringens handlingsplan for å sikre at samfunnet er rustet til å møte utfordringene, 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. Omsorgsplanens fire hovedinnsatsområder er tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser, etablere 12 000 nye årsverk, Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015.

Omsorgsutfordringene berører mange samsfunnssektorer og krever samspill med flere sektorer. Det er derfor av stor betydning at planleggningen 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. 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. Ideell sektor har høy kompetanse, stort engasjement og kan presentere nye løsninger på velferdsutfordringene. Det er behov for å legge til rette for god dialog mellom frivillig sektor og myndighetene.

Innovasjon i omsorg

I St.meld. nr. 7 (2008–2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge, valgte regjeringen ut helse- og omsorgstjenesten som satsingsområde for innovasjon og fornyelse og nedsatte Hagen-utvalget som la fram sin innstilling i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg i juni 2011. Utredningen har vært på bred høring, og har skapt stort engasjement. Utvalgets perspektiver og forslag har fått bred tilslutning på tvers av de fleste vanlige skillelinjer, og bør danne grunnlag for nye løsninger og et framtidsrettet kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet.

Hagen-utvalget la i sin innstilling vekt på å utforme en moderne pårørendepolitikk, en aktiv seniorpolitikk og fortsatt nedbygging av funksjonshemmende barrierer i samfunnet. I tråd med mandatet la utvalget fram fem konkrete forslag under overskriftene:

- Næromsorg, inn mot lokalsamfunn.
- Nye rom, framtidens boligløsninger og nærmiljø.
- Teknoplan 2015, teknologistøtte til omsorg.
- Et nasjonalt program for kommunal innovasjon i omsorg.
- Omsorgsfeltet som næring og eksport.

Omsorgstjenestene dekker i dag hele livsløpet og har tjenestemottakere i alle aldersgrupper med behov for et mangfold av løsninger på botilbud, tjenestetilbud og faglige tilnærminger. Samhandlingsreformen forsterker dette mangfoldet, og gir kommunene nye oppgaver og nye muligheter.

Regjeringen vil derfor med utgangspunkt i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, legge fram en egen melding for Stortinget, som kan legge grunnlaget for en framtidsrettet politikk for de kommunale omsorgstjenestene. Meldingen må ses i sammenheng med arbeidet med å utvikle en egen innovasjonsstrategi for hele kommunesektoren. Meldingen vil se på samfunnets samlede omsorgsressurser, og legge vekt på å forsterke fellesskapsløsningene gjennom å styrke samspillet mellom kommunale tjenester og sivilsamfunn og gi de frivillige ressursene i familie og lokalsamfunn gode og stimulerende rammebetingelser. Utviklingen skal skje gjennom nyskaping, utvikling av nye tilbud og nye måter å jobbe på, bl.a. i tråd med samhandlingsreformen. Meldingen vil bli sett i sammenheng med behandlingen av Kaasa-utvalgets NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg.

Samtidig vil meldingen i tråd med Hagen-utvalgets innstilling legge vekt på aktiv omsorg, fore-

bygging og rehabilitering i omsorgstjenesten, og utfordre til å ta i bruk ny teknologi og finne nye løsninger og metoder på framtidens omsorgsbehov.

Helsedirektoratet har allerede som en del av oppfølgingen av Hagen-utvalget utarbeidet et faglig grunnlag for en plan for implementering av velferdsteknologi, og departementet vil foreslå endringer i lovgivningen knyttet til bruk av sporingsteknologi innenfor helse- og omsorgssektoren.

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!

Regjeringen la 22. juni 2012 fram en egen stortingsmelding om rusmiddelpolitikken, Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!. Stortingsmeldingen angir de politiske målene for en helhetlig rusmiddelpolitikk. Fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til dem som har omfattende rusproblemer, til en politikk som ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk. Det vises til kapittelinnledningen på kap. 763 for en nærmere konkretisering og beskrivelse av hvilke tiltak og bevilgninger som er en del av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!

Utredning om levekår og tiltak for mennesker med utviklingshemming

Representantforslag om å nedsette er offentlig utvalg som skal følge opp ansvarsreformen for å bedre livssituasjonen til psykisk utviklingshemmede ble behandlet i Stortinget 6. desember 2011, Dokument 8:139 (2010–2011), jf. Innst. 54 S (2011–2012).

En enstemmig komité støttet intensjonen og ba om at det må gjennomføres en helhetlig utredning og at det i lys av denne vurderes tiltak. Komiteen understreker at deltakelse fra utviklingshemmedes organisasjoner er viktig for et godt resultat. Saken ble vedlagt protokollen.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en stortingsmelding om utviklingshemmedes levekår i 2013. Helsedirektoratet kartlegger status for forebyggende tiltak, tannhelse, oppfølging av somatisk og psykisk helse, omsorgstjenester samt habilitering og rehabilitering. Utredningen skal omfatte tiltak knyttet til ulike faser i livsløpet. Arbeidet skjer i nær dialog med fagorganisasjoner og utviklingshemmedes bruker- og pårørendeorganisasjoner. I lys av denne utredningen skal det vurderes tiltak. Arbeidet med utredningen og stortingsmeldingen koordineres av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Nasjonale kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å komme med vurderinger og anbefalinger som kan styrke arbeidet med regionale og nasjonale kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Gjennomgangen bør vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig å bygge på det etablerte styringssystem for kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Direktoratet skal vurdere og komme med forslag om videreutvikling, styring, bedre utnyttelse og tildeling av midler. Kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten er blitt etablert på kunnskapssvake områder og deres formål har vært og er å sikre at kompetanse utvikles og spres i hele helse- og omsorgssektoren. En rekke av disse sentrene retter seg også inn mot spesialisthelsetjenesten.

Brukere av helse- og omsorgstjenestene

I følge Helfo (2011) er i gjennomsnitt hver innbygger til konsultasjon hos fastlegen vel 2,6 ganger per år, kvinner 3,0 og menn 2,2. Oppslutningen om helsestasjonen er stor. Det har de siste tre år vært 100 pst. frammøte på helsestasjonsundersøkelse innen 8. leveuke. 98 pst. av barn møter til helsestasjonskontroll innen 2–3 års alder og barn som har fullført 4-års kontroll er 95 pst.

I overkant av 268 000 personer mottok omsorgstjenester i 2011. Om lag 16 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 48 000 personer, mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv.

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, bl.a. fordi tjenesteyting registreres på bakgrunn av behov og ikke diagnose.

Personell

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå har det i perioden 2006–2011 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten med om lag 13 pst. i denne perioden.

Tabell 4.19 Årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2006–2011¹

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	4 281	4 395	4 533	4 637	4 752	4 837*
Årsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten ^{2,3}	2 841	3 002	3 062	3 096	3 269	3 332
Fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten ⁴	4 205	4 255	4 334	4 220	4 294	4 296*
Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene ²	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902
Sum	124 547	129 842	133 138	135 435	138 542	132 234

¹ Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra.

² Leger og fysioterapeuter er ikke inkludert

³ Fom. 2010 er tallet på årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten hentet fra register

⁴ Private fysioterapeuter uten avtal er ikke inkludert i årsverkstakene fom. 2009

* Tall for 2011 er foreløpige

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 96 mrd. kroner i 2011. Pleie- og omsorgstjenesten utgjør alene om lag 83 mrd. kroner. Kommunenes utgifter til rusmiddeltiltak og til psykisk helse inngår for en stor del i kommunenes samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester.

Statlige trygderefusjoner til helsetjenester i kommunene omfatter bl.a. allmennlegetjenester, fysioterapi, kiropraktor- og jordmortjeneste og utgjorde om lag 5,8 mrd. kroner i 2011. Nærmere omtale av utviklingen i trygderefusjoner er gitt på programområde 30. Brukerbetaling og egenandeler utgjør i tillegg en viktig del av finansieringen av helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 4.20 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mill. kroner) 2006–2011

	2006	2007	2008 ¹	2009	2010	2011*
Brutto driftsutgifter i kommunene i alt ²	220 347	238 053	267 074	289 891	303 712	321 431
Brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester	8 373	8 968	9 876	10 549	11 209	12 148
Brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester i alt	57 913	62 957	70 408	74 823	78 694	83 363

¹ Brudd i tidsserie: Tom. 2007 gjelder tallene kun kommunekasse. Fom. 2008 er også kommunekonsern inkludert. Konsern omfatter tall fra kommuneregnskapet og regnskapene fra kommunale foretak (KF/FKF) samt interkommunale samarbeid og interkommunale selskaper (IKS).

² Inkludert fylkeskommunale utgifter.

* Tall for 2011 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Gjennom ulike datakilder som Kostra, Iplos, fastlegedatabasen, legeoppgjørdata og datamateriale fra ulike fag- og forskningsmiljøer er det i dag

relativt god oversikt over utviklingen i de ulike delene av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	143 538	143 461	128 045
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	188 399	193 425	202 215
61	Vertskommuner	965 149	958 903	952 588
62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>		150 000	254 800
66	Brukerstyrt personlig assistanse	75 107	87 334	87 129
67	Utviklingstiltak	190 265	136 712	111 087
71	Frivillig arbeid mv.	23 906	30 247	31 245
72	Landsbystiftelsen	65 580	65 613	67 778
73	Særlige omsorgsbehov	21 067	20 387	21 060
75	Andre kompetansetiltak	9 210	9 557	9 872
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	12 988	13 391	13 833
	Sum kap. 0761	1 695 209	1 809 030	1 879 652

Omsorgsplan 2015 er regjeringens handlingsplan for å møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer. Omsorgsplanen løfter fram fire hovedinnsatsområder: Tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser, 12 000 nye årsverk, Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. Det foreslås en samlet styrking av tiltak i Omsorgsplan 2015 med 187,5 mill. kroner i 2013.

Regjeringen opprettet i 2012 et stimuleringsstilskudd til kommunene for etablering av dagtilbud til mennesker med demens. Målet er å innføre en lovfestet plikt for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. Det foreslås å styrke tilskuddet med 100 mill. kroner i 2013. Nødvendig opptrapping av årsverk knyttet til dagaktivitetsplassene er dekket innenfor veksten i frie inntekter, og er innenfor måltallet på 12 000 nye årsverk innen 2015. Tilskuddet innlemmes i inntektssystemet til kommunene som frie inntekter når tilbudet er bygget videre ut. Videre overføres ev. ubrukte midler i 2012. Dette kan gi rom for ytterligere plasser i 2013.

Regjeringen vil gi tilskudd til bygging og fornying av 12 000 heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015, og vil utvide rammene ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det. For å legge til rette for fortsatt sterk kommunal satsing, foreslås 87,5 mill. kroner til 1750 heldøgns plasser med økt maksimal anleggskostnad i 2013. Samlet tilsagnsramme vil være 1,715 mrd. kroner. Tilskuddet bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Det vises til nærmere omtale under kap. 586, post 64 Investeringstilskudd.

Tilskuddet til vertskommunene kap. 761, post 61 settes ned i forhold til antall beboere som faller fra. For 2013 foreslås bevilgningen satt ned med 37 mill. kroner.

I tillegg vil følgende tiltak bli prioritert:

- 2 mill. kroner til styrking av kompetansen til legemiddelhåndtering.
- 3 mill. kroner til satsing på kvalifisering av fremmedspråklige til helsearbeiderfaget.
- 10 mill. kroner til omsorgsforskning og europeisk fellessatsing på Neurodegenerative Diseases/Alzheimers.

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 to tredeler av omsorgstjenestens i overkant av 268 000 brukere per 31. desember 2011 eldre over 67 år. Eldre er der-

for en viktig målgruppe for tiltakene i Omsorgsplan 2015.

Omsorgsplan 2015 har bidratt til å sette framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunene, og kommunesektoren har prioritert å styrke både kapasitet, kompetanse og kvalitet i omsorgstjenestene de siste årene.

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.

12 000 heldøgns omsorgsplasser og full sykehjemsdekning

Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger ble innført i 2008. Det er et mål å gi tilsagn om tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser i perioden 2008–2015. Tilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for mennesker med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av beboers alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Tilskuddet skal gi kommunene bedre forutsigbarhet og mulighet for langsiktig planlegging av investeringene i omsorgssektoren.

Tall fra Husbanken viser at det ved utgangen av august 2012 er gitt tilsagn om tilskudd til 5923 boenheter siden ordningens oppstart i 2008, fordelt på henholdsvis 2804 omsorgsboliger og 3119 sykehjemsplasser. Det er gitt tilsagn om tilskudd til både nybygg, renovering/ombygging og fellesareal knyttet til eksisterende omsorgsboliger.

Tall fra Husbanken viser at det i samme tidsperiode har kommet foreløpige søknader/forespørslere tilsvarende 12 451 boenheter fra kommunene. Antallet boenheter i de foreløpige søknadene/forespørslene viser derfor at det er stor interesse i kommunene for tilskuddsordningen, selv om samtlige av disse boenhetene ikke nødvendigvis blir realisert. Svar i budsjettundersøkelsen fra KS for 2012 indikerer også at kommunene oppfyller målet om tilsagn om tilskudd til 12 000 plasser i institusjon eller bolig med heldøgns pleie og omsorg innen 2015.

Tilskuddet kan også nyttes til å etablere fellesareal i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger for å oppnå heldøgntjeneste. Ordningen åpner også for å etablere fellesareal til dagaktivitetstilbud. Slike fellesareal kan gjennom sambruk også nyttes til eldresenter eller seniorsenter.

Demensplan 2015

Demensplan 2015 skal bidra til økt kompetanse, kapasitet og kvalitet i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Planen løfter fram tre hovedtiltak: Flere tilpassede botilbud, øke dagaktivitetstilbudet og sikre økt kunnskap og kompetanse.

Det er gjennomført en nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens, som viser at kommunene gjennom satsingene i Demensplan 2015 har økt sin innsats for mennesker med demens og deres pårørende i perioden 2007–2010. Antallet kommuner med demensteam eller demenskoordinator har økt fra 25 pst. i 2007 til 57 pst. i 2010, og antallet kommuner med pårørendeskoler er nærmere firedoblet i samme periode og utgjorde 246 kommuner ved siste kartlegging. Over 12 500 ansatte i om lag 85 pst. av landets kommuner har per 1. august 2012 startet demensopplæring gjennom Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Det ble i 2012 opprettet tre nye demensfyrtårn tilknyttet utviklingssentre for hjemmetjenester. Fra høsten 2012 får kommunene også tilbud om å delta i Miljøbehandlingens ABC, der det legges vekt på opplæring i ulike miljøtiltak på både individ- og gruppenivå.

Demensplanen ble revidert i 2011 med et nytt fireårig handlingsprogram (2012–2015). Ett av hovedmålene i den reviderte planen er å lovfeste en plikt for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud for personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. Det ble derfor etablert et eget øremerket stimuleringsstilskudd til etablering av dagaktivitetsplasser for personer med demens i 2012. Per 1. september 2012 er det gitt tilskudd til etablering av om lag 500 plasser. Våren 2012 ble en temakoffert med relevant fagmateriell for etablering og drift av dagtilbud sendt til alle landets kommuner.

12 000 nye årsverk i omsorgstjenesten

Regjeringen har et mål om å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 12 000 årsverk i perioden 2008–2015, målt ved utgangen av året. For perioden 2008–2011 viser tall fra Statistisk sentralbyrå at antall årsverk økte med om lag 7700. Om lag 84 pst. av årsverksveksten har bestått av personell med helse- og sosialutdanning. I følge tall fra byrået var veksten i 2011 på om lag 2700 årsverk.

Rapportering fra landets fylkesmenn til Helse- og omsorgsdepartementet viser at kommunene planlegger en vekst på i underkant av 1700 årsverk i 2012.

Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan og har som hovedmål å sikre omsorgssektoren tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning. Samlet benyttes årlig i overkant av 300 mill. kroner på kompetanse- og rekrutteringstiltak under Kompetanseløftet 2015. I de fem første årene i planperioden har om lag 17 000 personer gjennomført grunn-, videre- eller etterutdanninger eller annen opplæring med støtte fra Kompetanseløftet 2015. I 2011 har om lag 3800 personer gjennomført utdanning, kurs og annen opplæring med støtte fra Kompetanseløftet 2015. Av disse har om lag 260 personer fullført desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag, om lag 1400 personer fullført videreutdanning på høyskolenivå, om lag 1000 personer fullført et kvalifiseringsløp som fører til fagbrev svarende til helsefagarbeider, om lag 630 personer fullført fagskoleutdanning i helse- og sosialfag og om lag 570 personer fullført Eldreomsorgens ABC. I 2012 er om lag 8700 personer under utdanning eller opplæring med støtte fra Kompetanseløftet 2015.

Det vises for øvrig til omtale under kap. 761, post 60.

Andre sentrale tiltak og målsettinger under Omsorgsplan 2015

Omsorgsforskning

Tilskuddet til omsorgsforskning er i perioden 2006–2011 styrket med til sammen 37 mill. kroner. Av dette er om lag 5 mill. kroner avsatt til forskning på tjenester til personer med demens. I tillegg omdisponeres 10 mill. kroner fra Aldersforskningssatsingen i Norges forskningsråd til styrking av helse- og omsorgstjenesteprogrammet og den europeiske fellessatsingen JPI Neurodegenerative Diseases/Alzheimers i 2013.

Det er bevilget 2 mill. kroner til en fireårig evaluering av Omsorgsplan 2015 og dens mål, resultater og innretning. Midlene er bevilget som et øremerket tilskudd i omsorgsforskningssatsingen under Norges forskningsråds program for helse- og omsorgsforskning.

For å styrke praksisnær forskning og utvikling i den kommunale omsorgstjenesten er det etablert fem regionale FoU-sentra knyttet til utdanningsinstitusjoner. Sentrene yter forskningsfaglig bistand og veiledning til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Satsingen på aldersforskning avsluttes i 2012, og det foreslås at midlene videreføres ved at

5 mill. kroner inkluderes i helse- og omsorgsprogrammet til omsorgstjenesteforskning og 5 mill. kroner øremerkes til den europeiske fellessatsingen på Neurodegenerative Diseases/Alzheimers.

Ved en øremerking av midlene fra aldersforskningssatsingen i helse- og omsorgstjenesteprogrammet, vil regjeringen bidra til å styrke det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget på dette området. Det skal satses på både helse- og samfunnsprosjekter og prosjekter på tvers av fagdisiplinene.

Satsingen på forskning skjer i samarbeid med Norsk Pensjonistforbund. Det vises for øvrig til omtale av Program for helse- og omsorgstjenesteforskning under kap. 780, post 50.

Nevroplan 2015.

For å synliggjøre og løfte fram brukere med nevrologiske sykdommer og skader, er det utarbeidet en egen plan for disse brukergruppene; Nevroplan 2015. Planen ble lagt fram høsten 2012, og skal bidra til å styrke kompetanse og kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet til personer med nevrologiske sykdommer og skader. Planen har tre hovedsatsingsområder; informasjon og ny kunnskap, rehabilitering i dagliglivet gjennom aktivitets- og treningstilbud, og flerfaglig utviklingsarbeid.

Den kulturelle spaserstokken

Regjeringen har mål om å styrke kulturtilbudet for omsorgstjenestens brukere gjennom den kulturelle spaserstokken. I 2011 ble det bevilget i alt 28,8 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokken fordelt på Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. 287 kommuner fordelt på alle landets fylker søkte om tilskudd i 2011, med en samlet søknadssum på om lag 64 mill. kroner. 285 av disse kommunene fikk innvilget støtte. I alt 323 søknader ble mottatt fra kommuner over hele landet i 2012. Tilskuddet til Den kulturelle spaserstokken utgjorde i alt 29,7 mill. kroner i 2012, fordelt på de to departementene.

Andre kvalitetstiltak for omsorgstjenesten

Avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble inngått i september 2006 og er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Dagens avtale er forlenget til våren 2013. Departementet er i dialog med KS om å inngå en ny avtale. Se videre omtale under kap. 769.

Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving skal bidra til å styrke den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nærmere 200 kommuner deltar i prosjektet. Se videre omtale under kap. 769.

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med KS, Norges sykepleierforbund, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen, Kirkens Bymisjon og Pensjonistforbundet, utviklet åtte prinsipper for gode omsorgstjenester. Prinsippene er ment som utgangspunkt for refleksjon, kulturbygging og lokalt forbedringsarbeid i tjenestene, og er ett av flere verktøy ledere kan benytte i det lokale kvalitetsarbeidet. Prinsippene ble underskrevet av alle parter i april 2012, og deretter sendt til alle landets kommuner.

Ressursbruk

Utgifter til omsorgstjenestene i kommunene utgjorde i 2011 i overkant av 83 mrd. kroner. Siden 2007 har kommunene hatt høyere utgifter til hjemmetjenester og aktivisering enn til tjenester i institusjon. Det vesentligste av kommunenes utgifter til omsorgsformål finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. For kommunene utgjorde inntektene fra brukerbetaling både for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen 5,7 mrd. kroner i 2011. I tillegg bevilges en rekke øremerkede tilskudd til omsorgsformål over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Det ble over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett for 2012 foreslått bevilget 5,3 mrd. kroner til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester. Det er videre etablert et øremerket investeringstilskudd til kommunene for 12 000 heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, som i 2013 representerer en statlig kostnad på om lag 9 mrd. kroner i perioden 2008–2015.

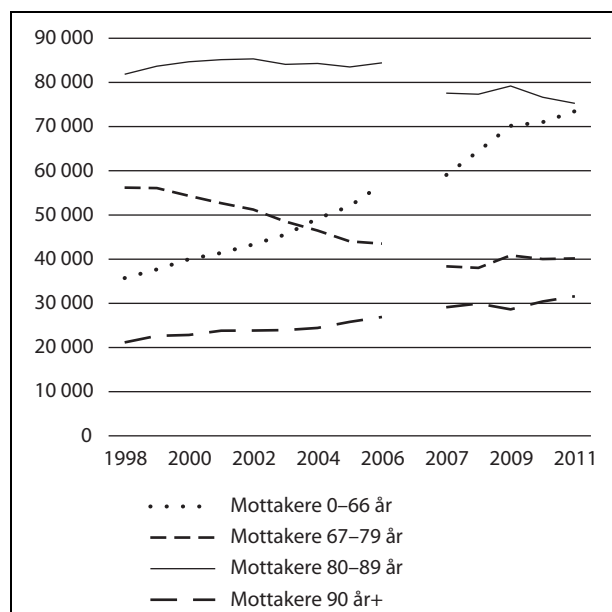
Omsorgstjenestens brukere

I alt mottok i overkant av 268 000 personer omsorgstjenester per 31. desember 2011. Dette er en økning i antall mottakere på vel 6 pst. fra 2007 til 2011. Av disse mottakerne var om lag 43 500 beboere i institusjon og om lag 177 000 mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Vel 48 000 mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv. 55 pst. av alle mottakerne av hjemmetjenester bor alene. Av mottakere av hjemmetjenester over 90 år bor 75 pst. alene. Nesten to av tre mottakere av omsorgstjenester er kvinner, og i den eldste

aldersgruppen 80 år og over er tre av fire tjenestemottakere kvinner. Dette har bl.a. sammenheng med at kvinner lever lenger enn menn, og har en lengre periode med alvorlig sykdom og funksjonssvikt mot slutten av livet.

Fra 2009 har Iplos-registeret tall på hvor stor gjennomstrømningen av tjenestemottakere er i omsorgssektoren. Med gjennomstrømning menes den årlige utskiftingen av tjenestemottakere som ikke fanges opp av den ordinære statistikken nevnt ovenfor. Tallene viser at for årene 2009 til 2011 kom det hvert år nær 72 000 nye mottakere inn i omsorgstjenesten, mens om lag 69 000 mottakere gikk ut av tjenesten i hvert av de tre årene. Dette viser at vel en fjerdedel av mottakerne av omsorgstjenesten skiftes ut hvert år. Det betyr igjen at omsorgstjenesten betjener om lag 25 pst. flere mottakere enn tverrsnittstallene viser. 49 291 mottakere fikk i 2011 vedtak om langtidsopphold i institusjon, mens antallet beboere innskrevet for langtidsopphold per 31. desember var 34 232.

Gjennom Iplos-registeret får vi opplysninger om mottakernes bistandsbehov. Bistandsbehov er et mål for i hvilken grad en mottaker er selvhjulpent på de fleste områder (noe/avgrenset bistandsbehov) eller er avhengig av hjelp på flere områder (omfattende bistandsbehov). Tallene må tolkes med en viss forsiktighet, da andelen mottakere med uoppgett bistandsbehov er på 8 pst. Om lag 33 pst. av mottakerne over 90 år har omfattende bistandsbehov. For de øvrige aldersgruppene er det mellom 17 og 25 pst. som har omfattende bistandsbehov. Det er en tendens til at andelen mottakere med avgrenset bistandsbehov går ned. Beboere på langtidsopphold i institusjon har gjennomgående et mer omfattende bistandsbehov enn mottakere av hjemmetjenester. Fire av fem mottakere av langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov. Bistandsbehovet er større blant yngre enn eldre mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Dette skyldes at mange av de eldre med omfattende bistandsbehov får hjelp i form av langtidsplass i institusjon. Yngre brukere med omfattende bistandsbehov får tildelt flere timer hjemmesykepleie og praktisk bistand enn eldre brukere med tilsvarende behov for tjenester.

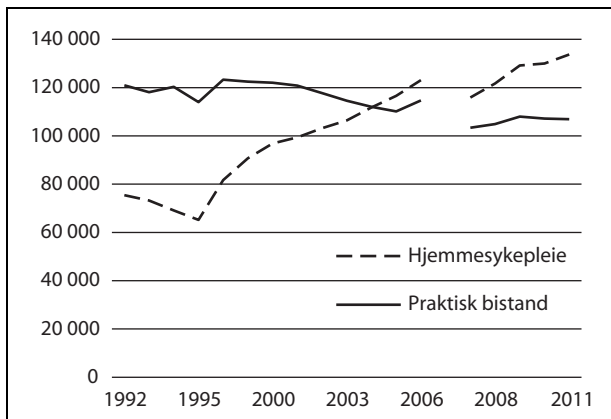


Figur 4.1 Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1998–2011

Merknader: Mottakere er her beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet per summariske skjema. Fra og med 2007 er data hentet fra Iplos-registeret. Tall fra 2007 og senere er ikke sammenliknbare med tidligere år. Tall for 2011 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De kommunale omsorgstjenestene har mottakere i alle aldre med et mangfold av behov, både med hensyn til boform og tjenestetilbud. De fleste mottakere av omsorgstjenester er i aldersgruppen over 80 år. I 2011 mottok over 107 000 eldre over 80 år institusjonstjenester og hjemmetjenester. Det har de senere år vært en nedgang i antall mottakere i aldersgruppen mellom 67 og 79 år. I årene som kommer vil imidlertid denne aldersgruppen vokse i befolkningen. Dette vil være en utfordring for hjemmetjenesten spesielt. Det har over en periode på 20 år vært en tredobling av antall tjenestemottakere under 67 år. Mer enn hver tredje mottaker av omsorgstjenester er nå under 67 år. Undersøkelser viser at mange av de som mottar omsorgstjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Dette avspeiles i de endringene som skjer i tjenestetilbudet, hvor det kan ses en økt vekt på tjenestetilbudet utenfor institusjon.



Figur 4.2 Antall mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 1992–2011

Merknader: Brudd i tidsserie. Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet per summariske skjema. Fra og med 2007 er data hentet fra Iplos-registeret. Tall fra 2007 og senere er ikke sammenliknbare med tidligere år. Tall for 2011 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De største endringene i de kommunale omsorgstjenestene har de siste årene i stor grad skjedd i hjemmetjenestene. Innen hjemmetjenestene er det først og fremst hjemmesykepleie som vokser både ressursmessig og i antall brukere, mens antallet som mottar praktisk bistand viser en nedgang. I en rapport fra Helsetilsynet blir det pekt på at et sentralt utviklingstrekk ser ut til å være at kurative og medisinske tjenester prioriteres framfor forebyggende tiltak, praktisk bistand og sosiale tjenester. Forebygging, habilitering/rehabilitering og tidlig intervensjon er sentrale mål både for samhandlingsreformen og Omsorgsplan 2015. Regjeringen vil derfor følge utviklingen nøye.

Når det gjelder framtidig planlegging av omsorgstjenestene er det grunn til å peke på at problem- og sykdomsbildet er i endring. Morgendagens eldre vil trolig ha andre ressurser å møte alderdommen med i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre utdanning sammenliknet med tidligere generasjoner. De store brukergruppene i omsorgstjenesten vil samtidig ofte ha langvarige og sammensatte problemer og diagnoser, som demenslidelser og nevrologiske lidelser, psykiske problemer og nedsatt funksjonsevne, som dominerende årsak til bistandsbehovet. Samhandlingsreformen vil i årene som kommer også stille nye krav til kompetanse og organisering av tjenestetilbudet. Det vises for øvrig til omtale av stortingsmelding om innovasjon i omsorg under programkategori 10.60.

Utvikling i botilbud

Kommunene tilbyr plasser i institusjon eller i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud. I perioden under og etter Handlingsplan for eldreomsorgen er det bygget et stort antall omsorgsboliger til pleie- og omsorgsformål. Mange av disse er imidlertid ikke tilpasset personer med demens og kognitiv svikt, eller tilrettelagt for å kunne yte heldøgns tjenester.

Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift, mens tallet på sykehjems plasser har hatt en økning fra 35 500 i 1998 til om lag 40 000 i 2011. Siden 1998 er om lag halvparten av institusjonsplassene fornyet eller skiftet ut, og standarden på institusjonsplassene har derfor økt. Bl.a. er nå de fleste institusjonsplassene i enerom.

Den andre halvparten av institusjonsplassene vil etter flere tiårs intensiv bruk trenge fornyelse eller utskifting i årene som kommer. Dette gjelder også et stort antall omsorgsboliger. En slik modernisering må samtidig sikre at bo- og institusjonstilbudet i omsorgstjenesten blir tilpasset framtidens brukergrupper, og er i tråd med kravene i regjeringens demensplan. Fornyelsen bør skje i perioden før den sterke veksten i tallet på eldre 80 år og over setter inn om 10 til 15 år. Det er også nødvendig med økt innsats for å tilrettelegge allerede eksisterende omsorgsboliger, slik at det også der kan ytes heldøgns omsorgstjenester.

For heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, opererer Statistisk sentralbyrå for 2011 med en dekningsgrad på 28 pst. sett i forhold til antall innbyggere på 80 år og over. Antall beboere i boliger med heldøgns bemanning har økt fra om lag 20 000 i 2008 til vel 21 700 ved utgangen av 2011. Dette kommer i tillegg til de som mottar heldøgns tjenester i sykehjem og aldershjem. Samtidig er det en del mennesker som mottar heldøgns tjenester i eget hjem. Utviklingen av heldøgnsstilbudet i omsorgstjenesten må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem.

Personellutvikling

På de siste 20 årene har årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten omtrent blitt fordoblet til dagens om lag 129 000 årsverk. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene. For 20 år siden gikk to tredjedeler av årsverkene til institusjons-

omsorg, og en tredjedel til hjemmetjenester. I dag er det hjemmetjenestene som har flest årsverk.

Nesten ni av ti 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 hjemmehjelpstjenesten reduseres. Tallene kan tyde på at kommunene har foretatt en prioritering av de mest hjelpetrequende brukerne, og at terskelen for å bli tjenestemottaker har blitt noe høyere.

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 (67–79 år) er redusert i antall i befolkningen de siste 15 årene, og at funksjonsevnen blant denne gruppen er blitt bedre etter hvert som levealderen har økt.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten med om lag 22 000 årsverk i perioden 2005–2011. Om lag 80 pst. av disse besto 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 69,1 pst. i 2011. Det legemeldte sykefraværet synes å ha blitt redusert i 2011, fra i overkant av 9 pst. i perioden 2005–2010 til 8,5 pst. i 2011.

Det er særskilte utfordringer knyttet til tilgangen på helsefagarbeidere, som er den største utdanningsgruppen i omsorgssektoren. Etter omleggingen av hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen til helsearbeiderfaget har tilgangen på denne utdanningsgruppen blitt betydelig redusert. Sysselsettingstall for omsorgstjenestene viser en tilnærmet nullvekst for denne utdanningsgruppen i 2010 og 2011. Statistisk sentralbyrås framskrivninger av arbeidsmarkedet viser at det vil bli stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover (Helsemod 2012). Tilgangen på helsefagarbeidere var tema i Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd, som ble behandlet i Stortinget 5. juni 2012. Departementets virkemidler for å øke tilgangen på helsefagarbeidere ligger i regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for omsorgstjenestene, Kompetanseløftet 2015, som er omtalt under kap. 761, post 60.

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå har antall legeårsverk i sykehjem økt med til sammen nesten 50 pst. fra 2006 tom. 2011. Kommunene fastsatte i 2007 lokale normer for legedekningen i sykehjem. Oppsummeringen av kommunenes lokale normeringsprosess viser at det planlegges en vekst i legeårsverk på om lag 40 pst. fra og med 2006. Veksten i årsverk er i tråd med anslått behov om å øke innsatsen av legeårsverk i sykehjem med 50 pst. fra 2005 til 2010. Økningen i årsverk av leger i institusjon viser at lokal normering har vært viktig for å styrke det medisinske tilbudet til beboere i sykehjem.

Tabell 4.21 Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 2004–2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Årsverk i alt ¹	108 731	107 071	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902
Årsverk leger i institusjon	260	275	289	320	343	383	405	427 ⁵
Årsverk fysioterapeuter i institusjon ²	332	311	333	353	357	353	369	389 ⁵
Årsverk per mottaker ^{3, 4}	0,53	0,52	0,53	0,58	0,58	0,57	0,58	0,59 ⁵
Årsverk per 1000 innb. 80 år og over	506	496	519	541	552	561	571	582
Andel legemeldt sykefravær av årsverk totalt	-	9,0	9,1	9,1	9,0	9,4	9,1	8,5

¹ Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra. Ekskludert leger og fysioterapeuter.

² Tidsseriebrudd: Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstall fra og med 2009.

³ Mottakere er summen av antall plasser i sykehjem og aldershjem, samt antall brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand.

⁴ Tallene for årsverk per mottaker har brudd mellom 2006 og 2007, ettersom tallet på hjemmetjenesteburere før 2007 er basert på skjemarapportering og fra og med 2007 er hentet fra Iplos.

⁵ Tall for 2011 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Frivillig omsorg

Den frivillige, og i all hovedsak familiebaserte, omsorgen er nesten på størrelse med den offentlige omsorgen, og utgjorde ved årtusenskiftet om lag 100 000 årsverk. Forskning viser at familieomsorgen har vært påfallende stabil de siste 20–30 årene (Daatland og Solem 2000, Rønning 2009). Det ser ut til at offentlig omsorg og frivillig familiebasert omsorg spiller sammen og utfyller hverandre.

Regjeringen la samme mål til grunn for Kaasa-utvalgets utredning (NOU 2011: 17) som i St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Kaasa-utvalgets utredning skulle bygge på målet om å legge forholdene bedre til rette og videreutvikle ordninger som gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn med alvorlig sykdom eller omfattende funksjonsnedsettelse og pleietrengende voksne og eldre.

Det er helt avgjørende at de frivillige omsorgsressursene ivaretas godt. De offentlige aktørene må derfor fremstå som støttespillere og dyrke, styrke og vedlikeholde den ressursen den frivillige omsorgen utgjør i møte med framtidens omsorgsutfordringer. Regjeringen skal gjennom en egen stortingsmelding vurdere forslagene i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, og dette skal ses i sammenheng med forslagene i NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg.

Tilsynserfaringer

Statens helsetilsyn startet i 2011 et landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Tilsynet undersøker om kommunene har systemer som sikrer at pasienter som motsetter seg helsehjelp får vurdert sin samtykkekompetanse før bruk av tvang. Videre ser Helsetilsynet på om det forsøkes med tillitskapende tiltak før tvungen helsehjelp gjennomføres, og om det foretas en helsefaglig vurdering av ev. tvangsbruk. Foreløpige erfaringer fra tilsynet i 2011 er omtalt i Tilsynsmelding 2011. Det er bl.a. konstatert en gjennomgående mangel på regelverkskompetanse i virksomhetene.

Statens helsetilsyn har i 2011 videreført landsomfattende tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre, som ledd i en fireårig satsing på tilsyn med tjenester til eldre. Det ble gjennomført 220 tilsyn. Tilsynene omfattet ivaretagelse av personer med demenssykdom, legemiddelhåndtering, forebygging og behandling av

underernæring, rehabiliteringstilbud i sykehjem og avlastning for pårørende med tyngende omsorgsoppgaver. Funn fra tilsynet gir grunn til bekymring, og resultatene sammenfalt i stor grad med funn ved tilsvarende tilsyn i 2010, oppsummert i Rapport fra Helsetilsynet 5/2011. Virksomheter som har fått påpekt avvik fra Helsetilsynet skal sørge for at disse lukkes. Helsetilsynet følger med på at dette skjer.

I forbindelse med den fireårige satsingen på tilsyn med tjenester til eldre har Statens helsetilsyn disponert ekstra tilskuddsmidler fra departementet for å styrke tilsynsarbeidet hos fylkesmennene. Flere av fylkesmennene har benyttet muligheten til å prøve ut ulike virkemidler for å fremme læring etter tilsyn, også på tjenestesteder som ikke har hatt tilsyn, men som driver liknende tjenester. Fylkesmennene erfarer at dialog om tilsyn og funn fra tilsyn skaper engasjement og refleksjon både hos ledere og medarbeidere.

Egenandeler

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester ble i 2012 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 7000 kroner med virkning fra 1. januar 2013. Samtidig justeres maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med inntekt under 2 G fra 170 kroner til 175 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, endres maksimal egenandel fra 133 kroner til 137 kroner per døgn, og fra 70 kroner til 72 kroner per dag/natt. Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 7,4 mill. kroner til kap. 1510, post 01, knyttet til fylkesmennenes arbeid med rettssikkerhet etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 A. Dette er en fast oppgave hos fylkesmennene.
- 3 mill. kroner fra post 66, knyttet til forskning og utredninger av BPA-ordningen.
- 16,11 mill. kroner til kap. 1510, post 01, knyttet til fylkesmennenes arbeid med helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9.

Dette er en fast oppgave hos fylkesmennene.

- 2,4 mill. kroner fra post 60 til styrking av Iplos.

Bevilgningen går til fylkesmennenes oppfølging av Omsorgsplan 2015, herunder Kompetanseløftet 2015, investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, Demensplan 2015 mv. Fylkesmannen skal ha løpende oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser og styrking av driftsnivået i omsorgstjenesten. De skal følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på utvikling av omsorgstjenestene. Fylkesmannen skal også følge opp tiltak for å bedre kvaliteten i omsorgstjenestene, bl.a. i tråd med avtalen om kvalitetsutvikling som er inngått mellom staten og KS. Embetene må være forberedt på betydelige utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling.

Utgifter til faglige kurs og konferanser, som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen.

Det ytes midler til dekning av utgifter til fylkesmennenes arbeid med kapittel 9 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.

For midler til fylkesmennenes rusrådgivere vises til omtale under kap. 763.

FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet

Midler over denne bevilgningen nyttes til utvikling av omsorgstjenestene, tjenestetilbudet til mennesker i livets slutfase, personer med nedsatt funksjonsevne, herunder barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier og til utvikling av 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 omsorgstjenestene skal videreføres.

Tilskudd til konkrete tiltak som oppfølging av Omsorgsplan 2015

Demensplan 2015

Demensplan 2015 skal bidra til flere tilpassede botilbud og tilrettelagte dagaktivitetstilbud, samt styrke kunnskap og kompetanse. I 2012 ble demensplanen revidert og styrket med 150 mill. kroner til et eget øremerket tilskudd for etablering av dagaktivitetstilbud til personer med demens. Det foreslås en ytterligere styrking av det øremerkede tilskuddet på 100 mill. kroner i 2013. Demens er et sentralt område i regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan, og flere av tiltakene i demensplanen inngår også i Kompetanseløftet 2015.

For rapportering vises det til omtale i innledning under kap. 761.

Tilskudd til Demensplan 2015 gis i 2013 over kap. 761, post 21 Spesielle driftsutgifter, kap. 761, post 62 Dagaktivitetstilbud, kap. 761, post 67 Utviklingstiltak, kap. 761, post 71 Frivillige organisasjoner, kap. 780, post 50 Norges forskningsråd mv. og kap. 769, post 21 Utredningsvirksomhet mv. Samlet foreslås det bevilget 299,5 mill. kroner til Demensplan 2015 i 2013.

Bevilgningen over denne posten er på 39,5 mill. kroner og nyttes til følgende formål:

- Spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til landets kommuner;
- Implementering av opplæringspakker om demens for personell og frivillige og pårørende;
- Drift av erfaringsbank om demens og gjennomføring av informasjonsarbeid;
- Støtte til Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen sitt lokale arbeid og veiledningsarbeid til pårørende;
- Spredning av gode modeller for utredning og diagnostikk av demens, herunder temakoffert og håndbok for kommunale demensteam;
- Utvikling og spredning av gode modeller for miljøbehandling og miljøterapi;
- Utviklingsprogram om yngre personer med demens og kurs for yngre personer med demens og deres pårørende;
- Utviklingsprogram for personer med innvandrerbakgrunn med demens;
- Spredning av erfaringer fra utviklingsprogram for personer med samisk språklig og kulturell identitet;
- Utredning av samfunnsøkonomiske konsekvenser av demens.

Nevroplan 2015

Det ble i 2012 bevilget 10 mill. kroner over kap. 761, post 21 til Nevroplan 2015.

Det er etablert to nye tilskuddsordninger for personer med nevrologiske skader og sykdommer, herunder til utvikling av ulike modeller for tilpassede dag- og aktivitetstilbud og til utprøving av tilrettelagt treningstilbud i kommunene. Videre er tilskuddsordningen til informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjoner videreført i 2012. Det ble i 2012 tildelt midler til ti organisasjoner.

De mer generelle virkemidlene i Omsorgsplan 2015 skal også benyttes for å bedre tjenestetilbudet til denne brukergruppen. Tiltakene må derfor sees i sammenheng med virkemidlene bl.a. fra Kompetanseløftet 2015 og investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsboliger.

Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2013.

Styrking av ledelseskompetansen

For å sikre kvalitativt gode tjenester er det viktig med kompetente ledere som kan drive helse- og omsorgstjenester, der krav til tverrfaglig samarbeid og samspill mellom tjenestene er stadig større. Det ble i 2012 bevilget 5 mill. kroner til å utvikle og starte opp en praktisk lederopplæringspakke for ledere i de kommunale omsorgstjenestene. Per august 2012 har om lag 60 kommuner inngått avtale om oppstart av utdanningen. Utdanningen må bestilles av en eller flere samarbeidende kommuner for virksomhetsledere innen helse- og omsorg, og kan skreddersys etter behov. Tiltaket finansierer distribusjon av materiell til virksomheter, samt veiledning av kursledere. Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløftet 2015. Virksomhetene skal selv finansiere kursene. Bevilgningen foreslås videreført i 2013.

Styrking av kompetansen på aktiv omsorg

Kultur, aktivitet og trivsel er helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. For å styrke kompetansen i aktivt omsorgsarbeid, ble det i 2012 bevilget 5 mill. kroner til å utvikle læremateriell og etablere tverrfaglig videreutdanningstilbud innen aktiv omsorg. Helsedirektoratet har bedt om innspill til utvikling av videreutdanningstilbud. For å sikre deltakelse og praktisk læring og øvelse i tilknytning til det daglige arbeidet, har virksomhetene i sine tilbakemeldinger ønsket at det utvikles et tverrfaglig opplæringsprogram i aktiv omsorg, og ikke en ny tverrfaglig vide-

reutdanning. Det foreslås derfor at midlene nyttes utvikling og utrulling av et slikt opplæringsprogram, finansiering og distribuering av materiell til virksomhetene, samt til veiledning av kursledere.

Nettstedet www.utviklingssenter.no skal fra høsten 2012 også omfatte en idébank i aktiv omsorg. Denne vil inneholde systematisert presentasjon av læremateriell, verktøy og metoder. For å bidra til å styrke kompetanse i aktiv omsorg ble det også utlyst midler til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester for utvikling av verktøy og metoder for aktivt omsorgsarbeid. Erfaringer fra disse prosjektene vil bli publisert i idébanken.

Det er i tillegg bevilget 2,5 mill. kroner til å støtte utviklingsprosjekter i regi av Stiftelsen Livsglede for eldre. Dette skal bidra til spredning av livsgledepsykehjem, utvikling av lokallag og spre kompetanse om aktiv omsorg. Det vises til omtale under kap. 761, post 71. Tiltakene inngår som en del av Kompetanseløftet 2015. Det vises også til omtale av Fritidsaktivitet med assistanse nedenfor. Bevilgningene foreslås videreført i 2013.

Oppfølging av kvalitetsavtalen

Tiltakene i den bilaterale avtalen mellom staten og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene knytter seg til tjenesteutvikling, personell, kompetanse, arbeidsmiljø, ledelse, styring, planlegging og kvalitetssikring i omsorgstjenestene. 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 under kap. 769, post 21.

Rekruttering til omsorgstjenestene

Helsedirektoratet har i perioden 2009–2012 gjennomført en rekrutteringskampanje rettet mot ungdom i 10. klasse og Vg1 helse- og sosialfag. Kampanjen inngår i Kompetanseløftet 2015, og har hatt et nært samarbeid med rekrutteringssatsingen Bli helsefagarbeider (tidligere Aksjon helsefagarbeider).

Det antas at den nasjonale rekrutteringskampanjen har bidratt til økt oppmerksomhet om behovene for helsefagarbeidere og mulighetene som ligger i å ta en slik utdanning. I de tre første årene av kampanjen viser utdanningsstatistikken en vekst i søkertallene til Vg1 helse- og sosialfag, Vg2 helsefagarbeider og Vg3 helsefagarbeider (læretid) på om lag 19 pst. For 2012 viser søkertallene en svak nedgang i søkningen til Vg1 og Vg2

på henholdsvis 3 pst. og 2 pst., mens det fortsatt var en økt søkning til Vg3 på 13 pst.

Rekrutteringskampanjen avsluttes i henhold til opprinnelig plan i 2012. Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner i 2013 til en satsing på å rekruttere personell til omsorgstjenestene. Det foreslås å omdisponere 2 mill. kroner til post 60 for å styrke kompetansen på legemiddelhåndtering i kommunene.

Omsorgsportalen

Omsorgsportalen skal formidle forskning og utviklingstiltak, synliggjør gode eksempler og gi 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. Helsedirektoratet skal i 2013 drifte og oppdatere den nettbaserte erfaringsbanken.

Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenestene

Det er fra 2010 satt av midler til ulike kompetansehevende tiltak innenfor ernæring. Midlene benyttes til å utarbeide en ny veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, 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.

En landsomfattende spørreundersøkelse om mat og måltider i hjemmebaserte tjenester vil ferdigstilles i løpet av 2012.

Det ble i 2011 etablert en tilskuddsordning til styrking av ernæringskompetansen i omsorgssektoren. Flere kommuner er i gang med å utvikle ulike kompetansehevings tiltak som e-læringskurs, kompetansehevingspakker mv. Disse skal spres til andre kommuner.

Veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, *Kosthåndboken*, ble lansert våren 2012. Målgruppen for veilederen er ledere, kjøkken- og helsepersonell som arbeider med pasienter og brukere i hele helse- og omsorgstjenesten.

Satsingen inngår i Kompetanseløftet 2015.

Håndbok om de kommunale helse- og sosialtjenestene

En nettbasert utgave av håndboken er tilgjengelig og holdes jevnlig oppdatert under Omsorgsportalen. Håndboken er nylig endret i tråd med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Iplos

Iplos-registeret er et pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Registeret inneholder ikke personidentifiserbare opplysninger om enkeltpersoner. Det er hjemlet i helseregisterloven gjennom egen forskrift om pseudonymt register. Helsedirektoratet skal forvalte og videreutvikle Iplos-registeret.

I 2011 har Statistisk sentralbyrå gjennomført kvalitetssikringstiltak overfor kommunene, og Helsedirektoratet har gjennomført en intern sikkerhetsrevisjon der ingen kritiske funn ble rapportert. Det har pågått arbeid for å avklare mindre juridiske problemstillinger slik at forskningsdata fra Iplos kan utleveres for å oppnå økt bruk av registerdata til statistikk, analyse og forskning.

Per mars 2012 hadde 98 pst. av kommunene sendt inn data. Kvaliteten på de innsendte dataene ser ut til å være av høyere kvalitet i 2012 enn i 2011. Innen utgangen av 2012 er nødvendige tilpasninger til nytt lovverk utført og det er avholdt Iplos-seminarer i alle landets fylker.

Det første vedtaket om utlevering av forskningsdata ble gjort i januar 2012. Det har i 2012 vært en markant økning i antallet henvendelser fra forskere som ønsker leveranser av registerdata, og flere søknader er på gang.

Viktige oppgaver i 2013 vil være:

- Fortsette gjennomføring av tiltak som bedrer datakvaliteten i registeret;
- Utarbeide en årlig rapport som dokumenterer kvaliteten på opplysningene i registeret;
- Følge opp kommunene, i samarbeid med fylkesmennene, og bidra til økt kompetanse, med særskilt vekt på lederforankring;
- Legge til rette for økt bruk av registerdata til statistikk, analyse og forskning.

Bevilgningen foreslås styrket med 2,4 mill. kroner fra post 60.

Noklus

Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) ble i 2012 innført i alle fylker i landet. 93 pst. av sykehjemmene deltar. I Finanskomiteens behandling av budsjettet for 2011, jf. Innst. 2 S (2010–2011), ble Noklus-satsingen styrket med 2 mill. kroner. Det foreslås å videreføre 6 mill. kroner til arbeidet med grunnopplæring og faglig videreutvikling av Noklus sine tjenester overfor sykehjemmene i 2013.

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 2012, 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 Ipløs-registeret. Det er knyttet noe usikkerhet til tallene. Helsedirektoratet har satt i gang en rekke tiltak for å gjennomgå og kvalitetssikre tallene. Helsedirektoratet rapporterer at fylkesmennene, med bakgrunn i foreløpige tall for 2011, har fulgt opp 137 personer under 50 år som bor på alders- eller sykehjem eller i boform for heldøgns omsorg og pleie.

Fylkesmennes gjennomgang viser at det var 23 personer som ønsket et annet botilbud. Av disse opplyser fylkesmennene at fem personer har en flytteplan. En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, 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.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Ny lov om kommunal helse- og omsorgstjenester trådte i kraft 1. januar 2012. I loven er kommunens plikt til å ha tilbud om brukerstyrt personlig assistanse videreført og understreket ved en egen bestemmelse. Kommunen avgjør, innenfor rammen av kravet til nødvendige omsorgstjenester, hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte søker/bruker. Brukerstyrt personlig assistanse innebærer at tjenestemottakeren er arbeidsleder for egne faste assistenter og bestemmer, innenfor det tildelte time-tallet og vedtakets ramme for øvrig, hvilke oppgaver assistentene skal utføre og når det skal skje.

I 2011 mottok 2904 brukere tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Det er 9 pst. økning siden 2010 og 58 pst. siden 2005. Antall brukere økte mest blant de yngre, mens eldre mottakere hadde den prosentvis største veksten. Gjennomsnittlig mottok brukerne 32 timer BPA i uken i 2011. I gjennomsnitt mottar også nesten halvparten av BPA-brukerne hjemmesykepleie og en firedel mottar ordinær praktisk bistand i tillegg.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 686, 17. juni 2011:

«Stortinget ber regjeringen utrede videre de økonomiske og administrative konsekvensene og raskt komme tilbake til Stortinget med et forslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse for brukere med stort behov innenfor den samme økonomiske rammen som gjelder i dag (jf. Innst. 424 L).»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 91 L (2010–2011).

Som en del av oppfølgingen av Stortingets anmodningsvedtak har Helsedirektoratet utredet kriterier for hvem, og hvilke tjenester som kan omfattes av en mulig ny rettighet til brukerstyrt personlig assistanse i tråd med de føringer som følger av Stortingets anmodningsvedtak. Helsedirektoratet leverte i desember 2011 rapporten Brukerstyrt personlig assistanse–utredning av kriterier for en rettighetsfesting. Rapporten drøfter relevante faglige, juridiske og økonomiske hensyn og foreslår kriterier for en individuell rett til BPA. Helsedirektoratet hadde dialog med brukerorganisasjonene, Uloba, Ressursenter for omstilling i kommunene, Fagforbundet og kommunesektoren underveis og deres innspill ligger ved rapporten.

Departementet arbeider videre med å følge opp Stortingets anmodningsvedtak.

Flertallet i Helse- og omsorgskomiteen ba også regjeringen vurdere den organisatoriske utformingen av BPA, herunder spørsmål om tilknytning til kommunesektoren eller Nav. Dette blir fulgt opp i departementets arbeid med saken.

Levekår og rettsikkerhet for personer med psykisk utviklingshemming

I statsbudsjettet for 2012 varslet departementet en utredning om tjenestetilbudet til utviklingshemmede. Det tas sikte på å legge fram en stortingsmelding om utviklingshemmedes levekår i 2013. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å kartlegge status for forebyggende tiltak, tannhelse, oppfølging av somatisk og psykisk helse, omsorgstjenester samt habilitering og rehabilitering. Utredningen skal omfatte tiltak knyttet til ulike faser i livsløpet. Arbeidet skjer i nær dialog med fagorganisasjoner og utviklingshemmedes bruker- og pårørendeorganisasjoner. Arbeidet med utredningen og stortingsmeldingen koordineres av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Fylkesmennene har i 2011 og 2012 fått i oppdrag å veilede kommunene og tilby kurs i forhold til forvaltningskompetanse generelt og Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 spesielt. De er også bedt om å bidra til at kommunene gjennom opplæring og rekruttering oppfyller kompetansekrav, jf. § 9-9 tredje ledd, gjennom mulighetene i Kompetanseløftet 2015.

Helsedirektoratet vil utarbeide en plan for kompetanseheving innen rettsikkerhet, hvor fylkesmennene får særskilte oppdrag.

Det vises også til omtale av Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (Naku) under kap. 761, post 75.

Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier
Prosjekt Familieveiviser (2008–2010) har utviklet modeller for mer helhetlige og koordinerte tjenestetilbud til barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Modellene skal sikre reell brukermedvirkning, individuell plan og hovedansvarlig tjenesteyter til familier som ønsker det. Modellene baseres på god samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten og brukere.

Prosjekt Familieveiviser er avsluttet og Helsedirektoratet utga i 2011 et magasin som sammenfatter og formidler erfaringer fra de åtte delprosjektene. Bevilgningen benyttes til formidling av informasjonsmateriell og til formidling av erfaringer og gode modeller fra prosjektet til andre kommuner/bydeler og helseforetak. Erfaringer fra prosjektet skal i løpet av 2012 videreformidles til landets kommuner og helseforetak. Fylkesmannen skal sammen med de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet arrangere regionsvise konferanser for tjenesteytere, der det spesielt er prosjekter som har fokus på samhandling mellom brukere, kommunene og helseforetakene som skal framheves. Midlene foreslås videreført som kompetansemidler i Kompetanseløftet 2015.

Helsehjelp uten samtykke

Kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven gir etter strenge vilkår helsepersonell adgang til å yte somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Reglene skal sikre nødvendig helsehjelp til denne gruppen og forebygge tvang.

Helsedirektoratet har utviklet et omfattende opplærings- og veiledningsmateriale. Fylkesmennene driver opplæring av helsepersonell med utgangspunkt i materialet. Ettersom reglene gjelder hele helsetjenesten, er opplæringsbehovet

fortsatt stort, noe saksbehandling og tilsyn i perioden 2009–2011 har vist. I tillegg har fylkesmennene som tilsynsmyndighet et økende arbeid med saksbehandling knyttet til vedtakene om helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

Statens helsetilsyn startet i 2011 et landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Foreløpige erfaringer fra tilsynet i 2011 konstaterer bl.a. en gjennomgående mangel på regelverkskompetanse i virksomhetene. Tilsynet fortsetter i 2012. Bevilgningen til fylkesmennenes opplæring, veiledning, saksbehandling og tilsyn foreslås derfor videreført. Regelverket skal evalueres med henblikk på måloppnåelse og praktisering. Helsedirektoratet har startet forberedelsene til en evaluering.

Ytelser for pårørendeomsorg (NOU 2011: 17)

NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg, Fra usynlig til verdsatt og inkludert, ble levert i oktober 2011.

Utvalget utredet ytelser for pårørende med særlig tunge omsorgsoppgaver og så på grenser mellom offentlig og privat ansvar. Hovedformålet med utredningen har vært å få fram forslag til ordninger som kan gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og voksne med særlig omfattende omsorgsbehov. Utvalget har sett på hvordan valg av framtidige ytelser kan forene sentrale utfordringer i dagens og framtidens omsorgstjeneste. Det gjelder særlig mangel på arbeidskraft, behov for omsorgsinnsats fra pårørende og muligheten for pårørende til å kombinere arbeid og yrkesaktivitet.

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Arbeidsdepartementet hatt utredningen på bred høring. Utredningen vil bl.a. bli sett i sammenheng med NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, og arbeidet med stortingsmelding som oppfølging av denne. Departementene vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte med forslag til løsninger.

Fritidsaktivitet med assistanse

I ny helse- og omsorgstjenestelov pålegges kommunene ansvar for å sørge for å tilby personlig assistanse, herunder støttekontakt til de som trenger det (§ 3-2). Det er viktig at tjenesten blir tilpasset individuelle behov. Etter en individuell vurdering kan det også gis stor grad av brukermedvirkning.

Gjennom utviklingsprosjektet Støttekontakt, kultur og fritidsdeltagelse er det 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. 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.

Helse og omsorg i plan

Helsetilstanden i lokalsamfunnene henger sammen med sosiale og samfunnsmessige forhold, og helse- og omsorgstjenesten er en stor samfunnsaktør. Samhandlingsreformen vil ha stor betydning for samfunnsutviklingen lokalt og regionalt. Gjennom Prop. 1 S (2010–2011) ble det vedtatt å utvikle et opplærings- og utviklingsprogram i lang-siktig og strategisk samfunnsplanlegging innen folkehelse og helse- og omsorgsområdet. Hensikten er å bidra til en god implementering av samhandlingsreformen, styrke kommunenes, fylkeskommunenes og helseforetakenes kompetanse om helhetlig planlegging, sikre tverrfaglig og tverrsektoriell planlegging og bidra til innovasjons- og utviklingsarbeid på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå. Målgruppen er medarbeidere som har ansvar for planlegging i kommunesektoren og helseforetakene. Sekretariatet for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging har på oppdrag av Helsedirektoratet utarbeidet en kurspakke. I 2012 vil fire utdanningsinstitusjoner gi tilbud om et utdanningsprogram på masternivå innen faget Helse og omsorg i plan for perioden 2012–2015. Et ytterligere studiested vil bli knyttet til programmet. Det skal gis tilbud til 800–1000 studenter. Prosjektet skal også bidra til å utvikle felles planverktøy som kan støtte det lokale planarbeidet. Det foreslås bevilget 10,6 mill. kroner til formålet i 2013.

Post 60 Kommunale kompetansetiltak

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 2,4 mill. kroner til post 21 til styrking av Iplos.

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. Dette skal ses i sammenheng med bevilgningen til fylkesmannsembetene over kap. 761, post 21.

Kompetanseløftet 2015

Tilskudd til Kompetanseløftet 2015 gis i 2013 over kap. 761, post 21 Spesielle driftsutgifter, kap. 761, post 60 Kompetansetiltak i kommunene, kap. 761, post 67 Tilskudd til særskilte utviklingstiltak, kap. 761, post 71 Frivillig arbeid mv., kap. 763, post 72 Kompetansesentra mv. og kap. 769, post 70 Utredningsvirksomhet. Det vises til omtale av aktivitetssendringer for 2013 i kapittelinnledningen under Omsorgsplan 2015.

Samlet foreslås det bevilget 311,4 mill. kroner til Kompetanseløftet 2015 i 2012. Dette inkluderer 81,1 mill. kroner til tilskudd til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag.

Kompetanseløftet 2015 har for perioden 2011–2015 fem delmål:

12 000 årsverk

Målsettingen om 12 000 nye årsverk i perioden 2008–2015 er omtalt 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 2011 om lag 69 pst., som var en økning på om lag 2,7 prosentpoeng siden 2005. Veksten i andelen personell med høgskoleutdanning har vært særskilt høy.

I de fem første årene i planperioden (2007–2011) har om lag 17 000 personer gjennomført grunn-, videre- eller etterutdanninger eller annen opplæring med støtte fra Kompetanseløftet 2015, hvorav om lag 9300 var knyttet til videregående opplæring og om lag 7000 var knyttet til høyskoleutdanning. Ifølge tall fra kommunene gjennomførte om lag 1000 personer i 2011 et kvalifiseringsløp som fører til fagbrev svarende til helsefagarbeider. Dette er i hovedsak voksne som er ansatt i omsorgstjenestene. Om lag 260 personer fullførte desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag i 2011, og tiltaket vurderes som et meget godt virkemiddel for å rekruttere høgskoleutdanned personell til distriktkommuner.

Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år

Antall fagprøvekandidater og avgangselever innen hjelpepleierutdanningen, omsorgsarbeiderfaget eller helsearbeiderfaget er halvert etter omleggingen fra hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene til helsearbeiderfaget fra 2006. Fra et nivå på om lag 4500 kandidater årlig i perioden 2002–2007 var antallet om lag 2900 i 2008 og om lag 2250 både i 2010 og 2011.

Det vises til innledningen under kap. 761 for nærmere omtale av utfordringene knyttet til tilgangen på helsefagarbeidere.

Bevilgningen er styrket med 3 mill. kroner til en satsing på kvalifisering av fremmedspråklige til helsearbeiderfaget. Satsingen vil stimulere til opprettelse av yrkesrettet språkopplæring innenfor helsearbeiderfaget i samarbeid med fylkeskommuner og kommuner. Satsingen vil bidra til å øke tilgangen på helsefagarbeidere til omsorgssektoren, spesielt i storbyene. En rapport fra Uni Rokkansenteret (08/2008) viser at innvandrere utgjør tyngden av søkere til hjelpepleier- og helsefagarbeiderutdanning i Oslo, men at svært mange avvises på grunn av at de ikke tilfredsstiller språkkrav. Oslo kommune har på bakgrunn av dette utviklet et prøveprosjekt med helsefagarbeiderutdanning for voksne minoritetsspråklige. Prosjektet er fortsatt i en tidlig fase, men en gjennomgang antyder at modellen har stor overføringsverdi til andre kommuner (Fafo-notat 2011:3).

Skape større faglig bredde

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at årsverksveksten innenfor den kommunale omsorgstjenesten i planperioden (2007–2011) har kommet i hovedsak blant sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, men at det også var en betydelig vekst blant vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, barnevernspedagoger, leger/legespesialister og miljøterapeuter.

I 2011 utgjorde sykepleiere over 40 pst. av årsverksveksten. Det var også god rekruttering av vernepleiere med om lag 10 pst. av årsverksveksten, mens helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utgjorde 8 pst. av årsverksveksten.

Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Om lag to tredeler av personellet i omsorgstjenestene har fagutdanning fra videregående opplæ-

ring eller høyskole, 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 høyskoleutdannet personell vil også styrke kompetansen og bidra til å stabilisere personellsituasjonen.

I 2011 gjennomførte om lag 630 personer fagskoleutdanning i helse- og sosialfag med støtte over Kompetanseløftet 2015. Dette er en nedgang fra om lag 670 i 2010. Flest deltakere har fagskoleutdanningene innenfor psykisk helsearbeid og eldreomsorg. Om lag 3500 personer har fullført fagskoleutdanning de fem første årene i planperioden med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015.

I 2011 gjennomførte om lag 1360 personer videreutdanning i høyskole. Også på høyskolenivå hadde videreutdanning innenfor eldreomsorg og psykisk helsearbeid flest deltakere. I underkant av 6000 personer har fullført videreutdanning på høyskolenivå de fem første årene i planperioden med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015.

I regi av ledelsessatsingen Flink med folk i første rekke er det i perioden 2007–2011 rekruttert 225 kommuner. Kommunene gjennomfører lokale prosjekter som omfatter både psykisk helse- og russatsing og kompetanseplanlegging.

Helsedirektoratet innledet i 2010 et samarbeid med KS om utvikling av et opplæringstilbud for ledere. Det er inngått avtale med Høgskolen i Hedmark, som samarbeider med Ressurssenter for omstilling i kommunene og Fagakademiet, om utvikling og gjennomføring av opplæringstilbudet. Det vises til omtale under kap. 761, post 21.

Bevilgningen er styrket med 2 mill. kroner for å styrke kompetansen i legemiddelhåndtering i de kommunale omsorgstjenestene gjennom å stimulere til kompetanseheving av ansatte i form av kurs mv. Satsingen vil forvaltes av fylkesmannsembetene. Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester til eldre i 2010 avdekket at i halvparten av kommunene var opplæringen av personellet i legemiddelhåndtering ikke godt nok ivaretatt (Helsetilsynet 2011). Undersøkelser viser i tillegg at mellom fem og ti pst. av innleggelsene på indremedisinsk avdeling skyldes feil legemiddelbruk. Det har også blitt anslått at feil legemiddelbruk koster samfunnet minimum 5 mrd. kroner årlig (Helsedirektoratet 2008).

Elektronisk samhandling i omsorgstjenesten

Helsedirektoratet vurderer at tilskuddet til elektronisk samhandling i omsorgstjenesten har liten virkning. Tilskuddet foreslås derfor avviklet, og 2,4 mill. kroner omdisponeres til styrking av Ipløs registeret under post 21.

Post 61 Vertskommuner

Etter ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede, 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.

Tilskudd er fordelt i henhold til antall gjenværende vertskommunebeboere. De 33 vertskommunene er derigjennom kompensert for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektregnskap for tilskuddet. Kommunene må kunne framvise dette til Helsedirektoratet ved forespørsel.

Reduksjon i det øremerkede tilskuddet som følge av frafall av beboere

En del av vertskommunene vil, pga. 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. Skjermingsbeløpet per innbygger skal svare til beløpet som gjelder for overgangsordningen i inntektssystemet. 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 pga. skjermingsordningen, hefter ved denne kommunen de påfølgende år. Ordningen med 50 pst. uttrekk for kommuner, som ligger under dagens gjennomsnitt for vertskommunene samlet, videreføres. 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 2013 foreslås bevilgningen satt ned med 37 mill. kroner.

Post 62 Dagaktivitetstilbud

Regjeringen har et mål om å innføre en lovfestet plikt for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. Målsettingen i Demensplan 2015 er at kommunene i 2015 skal kunne tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens. Det ble i 2012 innført et øremerket tilskudd til etablering av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Per 1. september 2012 er det gitt tilskudd til etablering av om lag 500 plasser. Det har tatt noe tid å gjøre ordningen kjent, og et ev. mindreforbruk i 2012 vil overføres til 2013.

Det foreslås videre å styrke tilskuddet med 100 mill. kroner i 2013. Dette muliggjør økt aktivitet i kommunene i 2013. Nødvendig opptrapping av årsverk knyttet til dagaktivitetsplassene er dekket innenfor veksten i frie inntekter, og er innenfor måltallet på 12 000 nye årsverk innen 2015.

Antall personer med demens antas å dobles fram til 2040, fra dagens nivå på om lag 70 000 til om lag 140 000. Om lag 50 pst. av alle med demens bor i dag utenfor institusjon. En kartlegging i 2010 viser at kun 9,3 pst. av hjemmeboende med demens har et dagaktivitetstilbud å gå til. Behovet for dagtilbud vil være bestemt av antallet i målgruppen som ønsker dagtilbud. Det er grunn til å tro at ikke alle hjemmeboende personer med demens ønsker et dagaktivitetstilbud. Dersom det legges til grunn at 75 pst. ønsker et dagaktivitetstilbud, svarer dette til et behov for dagaktivitetstilbud til om lag 23 000 flere personer. Det legges til grunn at hver plass benyttes av om lag 2,5 brukere per uke. Dette vil da bety et behov for om lag 9200 plasser.

En kartlegging av dagaktivitetstilbudet i et mindre utvalg kommuner tilsier at det vil være behov for om lag 2500 årsverk. Videre vil det anslagsvis påløpe etableringskostnader, husleie, transportutgifter mv., i størrelsesorden 600 mill. kroner knyttet til 9200 nye plasser.

Dagtilbud gir mening og gode opplevelser for den enkelte bruker, og kan i mange tilfeller avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Dagtilbudet skal gi et aktivitetsinnhold i tråd med Rundskriv 1-5/2007 Aktiv omsorg. Hvordan tilbudene organiseres og tilrettelegges vil variere mellom by og land, kommunenes geografi, bosetning og alderssammensetning. Driften av tilbudene kan legges til et eget senter, i institusjon, grønn omsorg i tilknytning til landbruk og gårdsdrift eller i andre næringer, i eget hjem eller som ambulant tjeneste.

Målgruppen for tilskuddet er hjemmeboende personer med demens. Alle kommuner som skal etablere nye dagaktivitetsplasser for personer med demens vil ha anledning til å søke om tilskudd.

Kommunene må søke om tilskudd og rapportere på bruk av tilskudd i tråd med ordinært regelverk. Søknadene behandles fortløpende. Ordningen administreres av Helsedirektoratet.

Det settes krav til rapportering på antall plasser for å utløse tilskuddet til investeringer/øvrige etableringskostnader. I tillegg skal det rapporteres på antall brukere av dagtilbudet. Dersom tilskuddet i den enkelte kommune ikke benyttes i tråd med regelverket, vil tilskuddet ikke bli videreført.

Post 66 Brukerstyrt personlig assistanse

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 3 mill. kroner til post 21, knyttet til forskning og utredninger av BPA-ordningen

Det ble foretatt en delvis omlegging av tilskuddsordningen fra 2012 og den heter nå Opplæringstiltak knyttet til brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Formålet med tilskuddsordningen er at BPA-brukere/arbeidsledere og -assistenter samt ansatte i kommunens forvaltning får nødvendig og tilstrekkelig opplæring om ordningen. Fra 2012 finansierer ordningen tilskudd til opplæringstiltak knyttet til brukerstyrt personlig assistanse, for brukere/arbeidsledere og assistenter, samt ansatte i kommunen. Oppstartstilskudd for nye brukere vil bortfalle fra 2013. 2013 vil også være siste år det gis videreføringstilskudd etter tidligere regelverk. Kommunen vil i 2013 kunne søke opplæringstilskudd til både nye og etablerte brukere. Tilskuddet går til dekning av utgifter til opplæringstiltak. Tilskuddet dekker ikke kommunenes utgifter til tjenestetilbudet.

I 2011 ble det innvilget 1215 søknader om stimuleringstilskudd fordelt på 265 kommuner. Av disse var 292 oppstartstilskudd og 923 videreføringstilskudd.

Hittil i 2012 er det tildelt tilskudd til 806 søknader om videreføringstilskudd (som er under utfasing), 323 søknader om oppstartstilskudd for nye brukere (som er under utfasing), 347 søknader om opplæringstilskudd for mottakere av BPA lengre enn 3 år og 467 søknader om opplæringstilskudd for kommunale saksbehandlere.

Se omtale av brukerstyrt personlig assistanse under kap. 761, post 21 og kap. 769.

Post 67 Utviklingstiltak

Bevilgningen skal gå til ulike kompetansehevede tiltak, herunder utvikling og spredning av kunnskap, samt organisasjonsfremmende tiltak.

Kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Tilskudd til kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt skal styrke tjenestetilbudet og bidra til kompetanseutvikling i landets kommuner. Tilskuddsordningen skal prioritere prosjekter som sikrer god fagutvikling, kompetanseheving og har nasjonal overføringsverdi. Aktiviteten skal ses i sammenheng med tiltak i utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, og forvaltes i samhandling med regionale kompetansesentra for lindrende behandling i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen legges til grunn.

Tilskuddet skal i 2013 gå til ulike kompetansehevede tiltak på området. Tiltaket inngår i kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015. I 2011 ble det tildelt 16 mill. kroner i tilskudd. Ved søknadsfristens utløp i 2012 var det kommet 101 søknader. Søknadene behandles i et samarbeid mellom fylkesmannen, regionale kompetansesentra for lindrende behandling og Helsedirektoratet. Gjennom satsing på dette feltet i snart ti år er det vunnet mye lokal erfaring og verdifull kunnskap om hvordan denne tjenesten skal organiseres, og hvilket innhold den skal ha.

Helsedirektoratet fikk i 2011 i oppdrag å utarbeide egne diagnoseuavhengige nasjonale retningslinjer for lindrende behandling spesielt knyttet til barns behov fra nyfødtp periode og gjennom hele barnealderen. Ferdigstilling av dette arbeidet er satt til 2013. Helsedirektoratet har også fått i oppdrag å gjennomføre en erfaringsoppsummering av tilskuddsordningen for kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Erfaringsoppsummeringen vil foreligge høsten 2012.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentrene i alle landets fylker skal være pådriver for kunnskap og kvalitet i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving, samt være en pådriver for videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærere og studenter.

Utviklingssentrene skal tjene som modeller for andre hjemmetjenester og sykehjem i fylket, og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Kommunene med utviklingssentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning. Det er utviklet en samlet strategiplan for utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester for årene 2011–2015.

Nettsiden www.utviklingssenter.no er en felles kommunikasjonskanal for satsingen, og alle landets utviklingssentre har publisert prosjekter på nettsiden. Til sammen er om lag 200 fagutviklingsprosjekter publisert per januar 2012. En egen idébank for aktiv omsorg er under utvikling, og skal bli en del av nettsiden.

I 2012 fikk utviklingssentrene en tilleggsbevilgning over kap. 761, post 21, grunnet mindreforbruk på posten i 2011. Midlene skal benyttes til kunnskapsformidling og etablering av læringsnettverk.

Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløftet 2015.

Forebyggende hjemmebesøk hos eldre

For å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid innenfor eldreomsorgen, ble det ved finanskomiteens behandling av budsjettet for 2011, jf. Innst. 2 S (2010–2011), bevilget 5 mill. kroner til forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Tilskuddet er benyttet til utviklingsprosjekter i regi av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Sentrene skal prøve ut metodikk, samt dokumentere og spre erfaringer. Formålet med forebyggende hjemmebesøk til eldre vil være å styrke den Eldres mulighet for egenmestring og bevare funksjonsnivået lengst mulig. Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløftet 2015. Bevilgningen foreslås videreført i 2013.

Utvikling av samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra

I 2010 ble det etablert en midlertidig tilskuddsordning til utvikling av samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra mv. over kap. 761, post 67. Hensikten med ordningen var å stimulere kommunene til å planlegge innføring av samhandlingsreformen og utvikle nye tiltak i forkant av reformens ikrafttredelse fra 1. januar 2012. I 2010 ble det tildelt 60 mill. kroner, i 2011 133 mill. kroner og i 2012 81,6 mill. kroner. I 2012 har 200 prosjekter over hele landet fått tilskudd, og de ulike prosjektene viser at det er stor bredde og stort engasjement i kommunene for å få på plass samhand-

lingstiltak. Mange av prosjektene har vært rettet inn mot å få på plass lokalmedisinske sentra og andre samorganiserte tjenester og kommunesamarbeid. Kommunene satser også på å etablere forebyggende helsetjenester som frisklivstilbud og å utvikle rehabiliteringstilbud i kommunene. De fleste prosjektene bygger på kommunesamarbeid og samarbeid med helseforetak, utdanningsinstitusjoner og andre aktører. Tilskuddsordningen skal gradvis fases ut i tråd med at de ordinære finansieringsordningene i reformen fases inn. Det foreslås å omdisponere 30 mill. kroner til kap. 762, post 60 i 2013. For 2013 foreslås 54,2 mill. kroner satt av til tilskuddsordningen. Midlene skal bidra til å utvikle kommunale tjenester innen rehabilitering, forebyggende helsetjenester og oppfølging av kronikergrupper, herunder KOLS og diabetes.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Formål med bevilgningen er å fremme organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv.

Det er øremerket tilskudd til fem særskilte tiltak:

- Verdighetscenteret ved Bergen Røde Kors sykehjem
- Hørselshemmedes Landsforbunds likemannsarbeid
- Livsglede for eldre
- Demenslinjen i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Røde Kors besøkstjeneste

Det er også anledning for andre landsdekkende frivillige organisasjoner å søke om tilskudd. Tilskudd forvaltes av Helsedirektoratet og gis så langt bevilgningen rekker. Helsedirektoratet følger virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

Livsglede for eldre

Livsglede for eldre bidrar til at eldre skal få et godt og meningsfylt liv, og oppleve livsglede og gode stunder, på tross av funksjonssvikt eller sykdom. Gjennom kontaktskapende aktiviteter på tvers av generasjoner bidrar Livsglede for eldre til å fremme en god eldreomsorg, enten ved lokale grupper, valgfag i videregående skole eller gjennom etablering av Livsglede sykehjem. Det ble i 2012 bevilget 2,5 mill. kroner til utviklingsarbeid i regi av Livsglede for eldre. Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløftet 2015. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2013.

Verdighetssenteret ved Bergen Røde Kors sykehjem

Det ble i 2012 bevilget 3 mill. kroner til Verdighetssenteret ved Bergen Røde Kors sykehjem. Senteret skal bidra til å sikre opplæring av frivillighetskoordinatorer og sikre spredning av prosjektet Lære, for å lære videre, et opplærings- og implementeringsprosjekt for fotfolket innen eldreomsorg, der deltakerne får kompetanse og støtte til å gjennomføre lokale opplæringsprosjekter. Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløftet 2015. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2013.

Hørselshjelperordningen

Stortinget har bevilget øremerkede midler til Hørselshemmedes Landsforbunds hørselshjelperordning, jf. Innst. 11 S (2010–2011). Denne bevilgningen kommer i tillegg til tilskudd til likemannsarbeid fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets budsjett. Tilskuddet skal bidra til at Hørselshemmedes Landsforbunds kan etablere hørselshjelperordning i alle kommuner og bidra til å styrke en verdig eldreomsorg. Hørselshemmedes Landsforbunds hørselshjelpere skal veilede høreapparaturbrukere. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at det etableres samarbeidsordninger med kommunene som tydeliggjør hvordan hørselshjelperne er et supplement til kommunale tjenester. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2013.

Demenslinjen

Som del av Demensplan 2015 foreslås det å gi tilskudd til Nasjonalforeningen for folkehelsen for å drive Demenslinjen. Demenslinjen er en hjelpe-telefon for alle som har spørsmål om demens. Her gir helsepersonell informasjon om forskning, behandling og omsorg for personer med demens og deres pårørende. Det foreslås 1,5 mill. kroner til formålet i 2013.

Røde Kors besøkstjeneste

Røde Kors besøkstjeneste for eldre er et landsomfattende tilbud som yter medmenneskelig støtte og bistand til eldre hjemmeboende, sykehjemsboere og sykehuspasienter. Røde Kors driver rekruttering, opplæring og oppfølging av de frivillige. For å stimulere til økt aktivitet, foreslås bevilget 1,5 mill. kroner til formålet i 2013.

Post 72 Landsbystiftelsen

Landsbystiftelsen eier og driver landsbyer (også kalt Camphill-landsbyer), som fram til 1986 var en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Formål med bevilgningen er å bidra til drift av Landsbystiftelsens institusjoner. Landsbystiftelsen tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfelleskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Institusjonene skal gi beboerne en trygg livssituasjon hvor de kan ta egne valg, god omsorg, et meningsfylt arbeid og et rikt kulturliv.

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. Det er innført nye rapporteringskrav gjeldende fra 2011. I tildelingsbrevet for 2012 er krav til rapportering ytterligere forbedret.

Post 73 Særlige omsorgsbehov

Bevilgningen skal bidra til delvis å dekke utgifter til drift av en spesialisert fagavdeling ved Conrad Svendsen Senter, Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter.

Tilskudd til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter

Bevilgningen går som tilskudd til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter, som gir helsemessig og sosialmedisinsk behandlings- og omsorgstilbud til døve og døvblinde med særskilte og sammensatte behov.

Formålet med tilskuddet er å bidra til drift av en spesialisert fagavdeling ved senteret. Fag- og opplæringsseksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde internt på Signo Conrad Svendsen senter, i omsorgsboliger, arbeids- og fritidstilbud og i rehabiliteringsavdelingen. Seksjonen gir også opplæring og veiledning rundt døve og døvblinde med tilleggsvansker

i landets kommuner. I tillegg til kunnskapsutvikling- og spredning gjennom flere prosjekter, har seksjonen i 2011 hatt fokus på å utvikle tegnspråkeferdigheter, samt bruk av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK).

Tilskudd til Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter

Formål med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter, og derigjennom 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.
- Tilskuddet 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 tilskuddet mellom de to institusjonene. Helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap.

Post 75 Andre kompetansetiltak

Bevilgningen nyttes til støtte til oppstart av ny nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger.

Videre nyttes bevilgningen til øremerket tilskudd til Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (Naku).

Kompetansetiltak for sjeldne medisinske tilstander

Som støtte i oppstart av ny kompetansetjeneste forutsettes bevilgningen å benyttes til utvikling av ny kunnskap, formidling av kunnskap til spesia-

listhelsetjenesten og øvrig tjenesteapparat og arbeid med styrking av syndromdiagnostikk i regi av Helse Sør-Øst RHF.

Helse- og omsorgsdepartementet har med hjemmel i Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, godkjent ny kompetansetjeneste i Helse Sør-Øst RHF: Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser og funksjonshemninger, jf. kap. 732, post 78. I henhold til nevnte forskrift skal en nasjonal kompetansetjeneste ivareta følgende oppgaver:

- bygge opp og formidle kompetanse
- overvåke og formidle behandlingsresultater
- delta i forskning og etablering av forskernettverk
- bidra i relevant undervisning
- sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere
- sette i verk tiltak for å sikre likeverdig tilgang til nasjonale kompetansetjenester
- etablere faglige referansegrupper
- årlig rapportering

I 2011 og 2012 har bevilgningen gått til følgende formål i regi av Helsedirektoratet:

- formidling av kunnskap fra kompetansemiljøer i spesialisthelsetjenesten til øvrig tjenesteapparat
- tiltak for mennesker med sjeldne medisinske tilstander som ikke har et kompetansesenter-tilbud
- styrking av syndromdiagnostikk
- utvikling av ny kunnskap om forekomst, behov og levekår i et livsløpsperspektiv

Informasjon om diagnoser uten kompetansesentertilbud i Norge er økt bl.a. gjennom nordisk og europeisk samarbeid. Tilbud til personer med sjeldne tilstander og styrking av syndromdiagnostikk innebærer stor grad av internasjonalt samarbeid. Helsedirektoratets servicetelefon for sjeldne tilstander har mottatt henvendelser fra personer med sjeldne tilstander, pårørende og fagpersoner fra hele landet. Siden 1999 har servicetelefonen mottatt henvendelser om over 800 sjeldne medisinske tilstander, der de fleste ikke har et kompetansesentertilbud i Norge.

Midler til formålet videreføres på denne posten i 2013.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (Naku)

Naku er et statlig kompetansemiljø med nasjonale utrednings- og formidlingsoppgaver. Hovedmål-

gruppen er kommunalt ansatte. Naku har bygd opp en kunnskapsbank som støtte til utvikling av gode tjenester og levekår for personer med utviklingshemning. Kompetansemiljøet utgir også bladet Utvikling.

Naku koordinerer kompetansehevede fagnettverk om utviklingshemning og psykiske lidelser som bl.a. arbeider for økt samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene. Naku har en spesiell oppmerksomhet på utfordringer knyttet til tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning og formidler aktuell kunnskap som har betydning for livskvalitet, inkludering og rettsikkerhet.

I forbindelse med samhandlingsreformen har Naku, i samarbeid med aktuelle miljøer, publisert relevant informasjon som er av betydning for praksisfeltet. I 2012 publiserer Naku en eksempel-

samling med gode løsninger til tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning. Naku er i samarbeid med Helsedirektoratet en viktig bidragsyter til regjeringens utredning om utviklingshemmedes levekår og til Informasjons- og utviklingsprogram 2010–2013 i regi av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Post 79 Andre tilskudd

Betinget tilsagn om tilskudd

Departementet garanterer for ev. 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). Midlene på posten kan nyttes under post 21. Det vises til omtale under post 21.

Kap. 762 Primærhelsetjeneste

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	38 813	30 979	29 561
50	Samisk helse		13 200	6 036
60	Forebyggende helsetjenester	9 205	26 381	57 225
61	Fengselshelsetjeneste	122 989	126 800	130 858
62	Øyeblikkelig hjelp, <i>kan overføres, kan nyttes under kap. 732, post 70 og 76</i>		131 000	270 192
63	Allmennlegetjenester		67 000	123 144
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	38 897	28 903	44 657
71	Frivillig arbeid mv.	6 211	6 054	6 254
73	Forebygging uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	24 784	25 823	26 675
74	Stiftelsen Amatheia	15 444	15 361	15 868
	Sum kap. 0762	256 343	471 501	710 470

Det er fastsatt en revidert fastlegeforskrift. Forskriften er et verktøy for å utvikle allmennlegetjenesten i tråd med samhandlingsreformen. Forskriften trer i kraft 1. januar 2013. Som ledd i gjennomføring av forskriften foreslås det å styrke post 63 med 50 mill. kroner til flere legeårsverk i kommunene og å finansiere nye oppgaver/økt aktivitet i ordningen som følge av forskriften.

Det foreslås omdisponert 30 mill. kroner fra kap. 761, post 67 til kap. 762, post 60 for å samle

innsatsen på utvikling av forebyggende helsetjenester i kommunene, herunder utvikling av oppfølgende tiltak til mennesker med diabetes og KOLS, samt utviklingstiltak innen hjemmehabilitering knyttet til å styrke kommunenes oppfølging av utskrivningsklare pasienter, som følge av samhandlingsreformen.

Som en del av regjeringens satsing på rusfeltet foreslås det å styrke post 21 med 2 mill. kroner til rådgivende livsstilssamtale tidlig i svangerskapet.

Det foreslås samtidig at tilskuddsordningen for etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene tilføres 135 mill. kroner i 2013, i tråd med vedtatt innfasningsplan, jf. Prop. 1 S (2011–2012).

Det er mange utfordringer knyttet til det å yte likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerne. Det foreslås å styrke dette arbeidet med 6 mill. kroner til følgende tiltak:

- 2 mill. kroner over kap. 762, post 70 til forsknings- og kompetansetiltak
- 1 mill. kroner over kap. 720, post 21 til tilrettelegging av helseportalen Helsenorge.no for minoritetsbefolkningen
- 3 mill. kroner over kap. 761, post 60 til kvalifisering av minoritetsspråklige til helsearbeiderfaget.

I tilknytting til dette foreslås det å flytte bevilgningen på 6 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse fra kap. 764, post 73 til kap. 762, post 70.

Forebyggende arbeid

Forebyggende arbeid skal bidra til bedre helse i befolkningen, redusere sosiale helseforskjeller, forebygge sykdom og sykdomsutvikling, begrense unødvendige innleggelse i sykehus og til at befolkningen opprettholder funksjonsnivå og livskvalitet lengst mulig.

St.meld. nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen, beskrev et utfordringsbilde med en aldrende befolkning og flere med kroniske sykdommer. For å møte disse utfordringene legger reformen vekt på en sterkere satsing på forebygging som en viktig del av kommunenes ansvar. Kommunenes frie inntekter ble i 2010 styrket med 230 mill. 2010-kroner til satsing på forebygging i kommunene.

Flere kommunale tjenester er i en gunstig posisjon for å kunne identifisere tidlig både risikofaktorer og helseproblemer og dermed 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, fastlegetjenester, samt frisklivssentra for oppfølging av personer med livsstilsutfordringer. Hjemmetjenesten spiller en viktig forebyggende rolle ved å sette i verk og følge opp f.eks. fall- og ulykkesforebyggende tiltak. For å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid innenfor eldreomsorgen, prøves det ut forebyggende hjemmebesøk blant eldre i regi av flere

utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Formålet er å styrke den eldres mulighet for egenmestring og bevare funksjonsnivået lengst mulig.

I tillegg besitter de kommunale helse- og omsorgstjenestene sentral kompetanse for utforming av den overordnede folkehelsepolitikken i kommunene.

Jo tidligere et problem oppdages og adresseres, jo større er mulighetene for at alvorlig sykdom forhindres. Tidlig intervensjon og forebyggende arbeid innenfor tjenestene er ofte ikke blitt prioritert godt nok. Det er viktig at kommuner systematiserer sitt forebyggende arbeid. Dette gjelder både for en overordnet folkehelsepolitikk rettet mot andre påvirkningsfaktorer, samt de forebyggende tiltakene som gjøres innenfor helse- og omsorgstjenestene.

For å oppnå målsetningene i samhandlingsreformen kreves en sterk organisatorisk forankring av det forebyggende arbeidet i kommunene. Det er også behov for en kunnskapsbasert og systematisk innsats. Den nye folkehelseloven legger til rette for dette.

Kommunene fikk et medfinansieringsansvar for innleggelse i spesialisthelsetjenesten fra 2012. Dette er et viktig insitament for kommunene til å satse sterkere på forebygging generelt og på forebygging av livsstilssykdommer hos risikogrupper.

En sterkere innsats på forebyggende tjenester må tilpasses lokale behov. Det kan være hensiktsmessig å starte innsatsen på noen få områder der det kan forventes raske resultater. Tiltak for å forebygge ulykker kan bidra til å redusere sykehusinnleggelse mens etablering av frisklivstilbud kan forebygge livsstilssykdommer hos risikogrupper og motvirke utvikling av mer alvorlige og behandlingskrevende tilstander. Forebyggende tiltak rettet mot eldre har i mange kommuner vist seg å gi rask effekt.

Regjeringen har fulgt opp samhandlingsreformen og satsingen på forebygging gjennom Nasjonal helse- og omsorgsplan, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) og lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Kommunenes innsats blir understøttet fra statlig hold gjennom råd og veiledning, dokumentasjon av effektive tiltak, statistikk om helseforhold, regelverksendringer mv.

I 2013 omdisponeres 30 mill. kroner til forebyggende helsetjenester i kommunene, herunder utviklingstiltak rettet mot hjemmehabilitering, samt effektive lokale tjenester til mennesker med diabetes og KOLS, samt andre kronikergrupper, jf. kap. 762, post 60.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- 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, rådgivning, 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 nesten 100 pst. dekningsgrad blant gravide og småbarn.

Gjennom tverrfaglig samarbeid kan helsestasjons- og skolehelsetjenesten bidra til å skape et godt oppvekst- og læringsmiljø for barn og ungdom. Skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å nå alle barn i skolepliktig alder. Dette åpner for mulighet til å oppdage problemer og risikofaktorer tidlig, bl.a. knyttet til psykisk helse og bruk av rusmidler.

Helsedirektoratet har satt i gang et arbeid med å revidere forskriften for det forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og de ga i 2011 ut nye nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tilsynserfaringer

I rapporten Styre for å styrke (Rapport fra Helsetilsynet 1/12) vises resultatene av kartleggingstilsynet med kommuners/bydelers styringssystem for helsestasjonsvirksomheten som Statens helsetilsyn gjennomførte i 2011. Formålet med kartleggingen var å få oversikt over hvordan norske kommuner sikrer en faglig forsvarlig helsestasjonstjeneste gjennom prioritering, gjennomføring, korrigering og evaluering av tjenestetilbudet. Resultatene av kartleggingen viser at det på landsbasis var variasjoner i innhold og kvalitet av helsestasjonsvirksomheten. Generelt forekom svak og mangelfull kommunal risikostyring i nesten alle kommuner i utvalget. Flertallet av kommunene sørget ikke for grunnlag til å vurdere kvalitet og egeninnsats på helsestasjonstjenesten. De tilbyr heller ikke barn 0–6 år helsetjeneste i tråd med veiledende retningslinjer fra Helsedirektoratet og vaksineprogram fra folkehelseinstituttet. Kommuner/bydeler som selv erkjente svikt i tjenesten hadde ikke planlagt forbedringstiltak. Funnene fra kartleggingen viser at helsestasjonstilbudet i landet til barn 0–6 år ikke er likeverdig. Statens helsetilsyn har funnet det hensiktsmessig å følge opp disse funnene, og planlegger et landsomfattende tilsyn med tjenesten i 2013.

Svangerskaps- og barselomsorg mv.

Svangerskaps- og barselomsorg ytes av leger, jordmødre og helsesøstre. Kommunene er forpliktet til å tilby svangerskapskontroller/-omsorg i tilknytning til helsestasjon. 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.

Helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 2012 er en videreføring av tidligere gjeldende rett. I forarbeid til loven drøftes og tydeliggjøres behovet for å styrke det kommunale tilbudet til gravide og barselfamilier.

Helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg betyr et felles ansvar både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som ivaretar kapasitet, kvalitet, kontinuitet, trygghet og en samlet ressursutnyttelse. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven inngås nå lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og helsefor- etak som skal bidra til bedre pasientforløp.

Det er etter hvert vanlig at kvinner reiser hjem fra fødeinstitusjonen to dager etter normal fødsel og tre til fire dager etter keisersnitt. Det innebærer at kvinner i en del tilfeller reiser hjem før ammingen er kommet godt i gang. Tidlig utskrivning kan gi økt behov for oppfølging av mor og barn i kommunene etter utskrivning fra sykehus.

Det finnes i dag ikke faglige retningslinjer for barselomsorgen. Helsedirektoratet utarbeider på oppdrag en helhetlig faglig retningslinje for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Retningslinjer for hjemmefødsel sluttføres i løpet av 2012 og for barselomsorg i løpet av 2013. Anbefaling for håndtering av overtidige svangerskap er utarbeidet og publisert og vil bli inkludert i retningslinjer for svangerskapsomsorgen når disse revideres.

Det er etablert et fagråd for Helsedirektoratet for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg med bred tverrfaglig representasjon fra brukerorganisasjoner og faggrupper.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennomført en nasjonal brukererfaringundersøkelse som publiseres i løpet av 2012.

Det ble for 2012 bevilget midler til en tilskuddsordning for samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra mv. Ett av målene er å bringe fram nye modeller for samhandling og organisering av kommunale helse- og omsorgstjenester og samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten. Ordningen omfatter også svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Antallet jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten var 269 i 2011 (SSB Årsverk i kommunehelsetjenesten). Det er gjennomsnittlig 0,6 jordmorårsverk per kommune.

Det ble våren 2011 fremmet et forslag for Stortinget om styrking av kommunal jordmortjeneste, Dokument 8: 121 S (2010–2011), jf. Innst. 407 S (2010–2011). Departementet vil på denne bakgrunn gjennomgå takstsystemet for jordmødre og vurdere dette ut fra formålet og ev. i sammenheng med tilsvarende systemer for andre yrkesgrupper.

For følgetjenesten vises til omtale under kap. 732 og kap. 781, post 21.

Allmennlegetjenesten inkludert fastlegeordningen

Målet for allmennlegetjenesten er å sikre innbyggerne nødvendig tilgang på allmennmedisinske tjenester av god kvalitet til rett tid. Allmennmedisinen preges av en helhetlig tilnærming til pasienten basert på bred medisinsk kompetanse og kontinuitet i lege-pasientforholdet. Tjenesten omfatter både akutt og planlagt utredning, diagnostikk, behandling og ev. henvisning til andre, innen både somatikk, psykisk helse og rus. Det er videre et mål å sikre nødvendig bistand til opplæring i idrettet forebyggende aktivitet.

Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegeoppgaver, f.eks. i sykehjem og helsestasjon. Det ble utført om lag 13,8 mill. konsultasjoner hos allmennlege i 2011, en økning på 0,4 mill. sammenliknet med 2010. Det ble utført om lag 1,1 mill. konsultasjoner på legevakt både i 2010 og 2011. En rapport fra Helfo (2011) viste at innbyggerne i gjennomsnitt hadde 2,6 konsultasjoner hos fastlege i 2009 (kvinner 3,0 og menn 2,2).

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet og god kvalitet i allmennlegetjenesten.

Per juni 2012 er 94,9 pst. av fastlegepraksisene basert på selvstendig næringsdrift, mens 5,1 pst. er fastlønte. Ved innføringen av fastlegeordningen var 10,2 pst. av praksisene fastlønte. Stadig flere fastleger arbeider i grupper med flere leger. Rundt 10 pst. av fastlegene antas i dag å arbeide alene, mot 18 pst. før innføringen av fastlegeordningen. 8,4 pst. av fastlegepraksisene er del av en fellesliste, det vil si at de har et felles ansvar for listepopulasjonen.

Ved innføringen av fastlegeordningen var 28,8 pst. av fastlegene kvinner. Andelen kvinnelige fastleger er gradvis økt til 36,9 pst. per juni 2012. Av økningen i antall fastleger fra utgangen av 2002 til utgangen av juni 2012 utgjorde kvinnelige leger 88,5 pst. (Helsedirektoratet).

Refusjoner til allmennlegehjelp er omtalt under programområde 30, kap. 2755, post 70.

Legevakt

Kommunen skal ha et system som sikrer ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet, bl.a. gjennom legevakt og heldøgns medisinsk akuttberedskap. Kommunen kan gjennom fastlegeavtalen tilpasse den enkelte fastlege å delta i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten. 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.

De fleste kommuner deltar i et interkommunalt legevaktsamarbeid. Til sammen er det 220 legevaktdistrikter, hvorav 118 interkommunale. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har utarbeidet forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt (2009). Helsedirektoratet har kommet med en vurdering av hvilke forslag som bør prioriteres (rapport juni 2010).

Departementet har satt i gang et arbeid med å styrke kompetanse og kvalitet i kommunal legevaktstjeneste. Det er vedtatt å stille krav til minimumskompetanse for å kunne ha legevakt alene og å innføre et nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktsentraler. Det vises til nærmere omtale under hhv. kap. 762, post 63 og kap. 720, post 21.

Det pågår et arbeid med revisjon av forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som bl.a. berører kompetansekrav og nasjonalt legevaktnummer.

I samtlige fylker er det opprettet minst ett overgrepsmottak. Av til sammen 22 mottak er to tredjedeler opprettet i tilknytning til kommunale/interkommunale legevaktsentraler, mens de øvrige er tilknyttet sykehus/gynekologiske avdelinger. Overgrepsmottakene skal gi akutt hjelp til personer utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Tjenestetilbudet ved overgrepsmottak skal ivareta tre hoveddimensjoner; medisinsk undersøkelse og behandling, psykososial støtte og oppfølging samt rettsmedisinsk undersøkelse og ev. sporsikring.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin utførte per november 2011 en kartlegging av beredskapssituasjonen ved overgrepsmottakene. Kartleggingen viste at mange mottak ikke har en kontinuerlig vaktordning og tjenesteplan. Flere mottak baserer seg på frivillige, ubetalte

ordninger med risiko for ikke å få etablert en mottakssamtale og undersøkelse innen rimelig tid. Det er i dag ikke fastsatt krav til kompetanse for å arbeide i overgrepsmottak. Det går fram av rapporten at mens sykepleiere som arbeider i mottak har gjennomført tilgjengelige kurs, gjelder dette færre av legene.

Overgrepsmottak er i dag ikke en lovpålagt tjeneste. Som det går fram av Prop. 91 L (2010–2011) om kommunale helse- og omsorgstjenester mv., er det behov for en nærmere vurdering av ansvarsforhold knyttet til overgrepsmottak før en ev. lovfesting av tjenesten vurderes. Overgrepsmottak har vært ett av 50 tiltak i regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008–2011), Vendepunkt, der det gikk fram at mottakene skulle evalueres. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å administrere en evaluering. Denne utføres av Nordlandsforskning og forventes ferdig høsten 2012.

Det vises for øvrig til omtale under kap. 764, post 73.

Utvikling av allmennlegetjenesten

St.meld. nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen, legger opp til en styrking av allmennlegetjenesten. Dette er av avgjørende betydning for å oppnå ønsket effekt av reformen. Revidert fastlegeforskrift ble fastsatt i august og vil tre i kraft 1. januar 2013. Formålet med den reviderte forskriften er en mer likeverdig tjeneste og at fastlegene skal ta et mer helhetlig ansvar for tjenestene til innbyggerne på sine lister og være mer proaktive i sin oppfølging. Fastlegene får også en tydeligere rolle i det individrettede 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 en systematisk måte følger opp pasienter som skal ha høy prioritet når det gjelder behov for samhandling innad på kommunalt nivå og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er i tillegg en målsetning å øke kapasiteten og forbedre kvaliteten på annen allmennlegetjeneste i kommunen, herunder i sykehjem. Som et ledd i gjennomføringen av forskriften foreslås bevilget totalt 100 mill. kroner i 2013 til flere legeårsverk i den kommunale allmennlegetjenesten og til å finansiere nye oppgaver/økt aktivitet i fastlegeordningen som følge av forskriften. Det er i 2012 etablert en tilskuddordning hvor kommunene får 300 000 kroner per nye hjemmel etter visse krite-

rier, som en engangsbevilgning. Denne veksten i hjemler skal komme i tillegg til den naturlige veksten som har vært de senere år med om lag 60 hjemler i året. Målet er å sikre god rekruttering og legefordeling i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Det vises til post 63.

Legedekningen i kommunene

Den samlede årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde 4837 årsverk i 2011, dvs. en økning på 86 årsverk fra 2010 (1,8 pst.). Fra 2002 til 2011 økte antall årsverk i allmennlegetjenesten med til sammen 686 årsverk (16,5 pst.) fra 4151. Til sammenlikning økte antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten med om lag 38 pst. fra 9300 til 12 816 årsverk i samme periode (SSB).

Ved utgangen av andre kvartal 2012 var det registrert 4267 fastlegepraksiser i kommunene (4240 fastleger). Dette er en økning på 539 fra utgangen av 2002. Av totalt 4317 fastlegehjemler var 50 ikke besatt. 0,6 pst. av befolkningen (31 621 innbyggere) sto på lister knyttet til disse hjemlene. Flertallet av disse listene er betjent av vikarer, men ofte korttidsvikarer. Det er en nedgang på om lag 30 ubesatte fastlegehjemler fra 2007. I noen områder av landet er det fortsatt betydelige utfordringer med å opprettholde stabiliteten i allmennlegetjenesten. Utfordringene har vært størst i de fire nordligste fylkene, på nord-vestlandet og i enkelte innlandsområder. Per 30. juni 2012 var andelen ledige hjemler størst i Nordland, Finnmark og Oppland (hhv. 5,6, 4,3 og 4,0 pst.). Legedekningen i Sogn og Fjordane er betydelig bedret de senere år. Hvert kvartal benytter rundt 1,5 pst. av innbyggerne seg av muligheten til å bytte fastlege.

Habilitering og rehabilitering

Kommunene skal, etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, sørge for nødvendig helsetjeneste til befolkningen. Det omfatter forebyggende arbeid, behandlende og rehabiliterende tiltak. Kommunens ansvar for å sørge for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering uavhengig av diagnoser og helseprofesjoner er tydeliggjort i loven. Samhandlingsreformen gir insentiver til kommunene til å styrke sitt tilbud innen habilitering og rehabilitering som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten, og i større grad ta i bruk tverrfaglig kompetanse. Når pasienter skrives ut tidligere fra sykehus, vil de ha behov for mer oppfølging i kommunene, og bedre tilbud i kommunene vil også kunne redusere behovet for spesialisthelsetjenester.

Kommunene definerer behovet for kapasitet innen habilitering og rehabilitering. Endringer i kommunens tilbud som følge av samhandlingsreformen, som etablering av lokalmedisinske senter med rehabiliteringstilbud, bruk av hjemmehabilitering og frisklivssentraler, vil kunne endre organisering av tilbud innen habilitering og rehabilitering, med bruk av ulike kompetanse (fysioterapi, ergoterapi, ernæringsfysiologer, sykepleiere, logoped, pedagoger mv.). Flere kommuner har fått tilskudd til å utvikle rehabiliteringstilbud gjennom tilskuddsordningen til samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra mv. over kap. 761, post 67.

Siden habilitering og rehabilitering skjer som del av ulike tjenester fanger ikke styringsdata opp den helhetlige innsatsen som skjer i kommunene. Det er først og fremst fysioterapitjenesten og i noen grad ergoterapitjenesten som registreres. Fysioterapeuter yter en viktig del av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene til funksjonshemmede i alle aldersgrupper. Mange kommuner har organisert fysioterapitjenester etter brukergruppens alder og funksjonsnivå. Privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale arbeider med alle aldersgrupper, men primært med den voksne, yrkesaktive befolkningen samt pensjonister.

Kommunenes kostnader til fysioterapitjenesten er knyttet til lønn til ansatte og driftstilskudd til fysioterapeuter med driftsavtale. For fysioterapeuter med avtale skal det som utgangspunkt inngås 100 pst. driftsavtalehjemmel dersom praksisen skal drives på heltid. Kommunene skal bare utlyse deltidshjemler med minimum 40 pst. når dette samsvarer med det reelle tjenestebehovet. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel o.l., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen. Det vises til omtale under kap. 2755, post 71.

Manuellterapeuter er fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi. Disse arbeider hovedsakelig i primærhelsetjenesten. Manuellterapeuter med driftsavtale med kommunene har anledning til å utføre undersøkelse og behandling med rett til refusjon fra folketrygden uten at pasienten må gå via fastlegen eller annen henvisningsinstans. I tillegg er manuellterapeuter og kiropraktorer gitt mulighet til å henvise pasienter til legespesialist og røntgenologiske undersøkelser samt å sykmelde pasienter med muskelskjelettplager i inntil 12 uker. Manuellterapeuter og kiropraktorer kan på denne måten avlaste fastlegene i stor grad på muskel- og skjelettområdet.

Helse- og omsorgstjenester til samisk befolkning

Det bor om lag 40 000 samer i Norge. Helsetilstanden til den samiske befolkning er i stor grad lik majoritetsbefolkningens. Hovedutfordringen for helse- og omsorgstjenesten er knyttet til kommunikasjon, da de kulturelle og språklige ulikhetene kan være store. Samer som urfolk har gjennom lovverket særskilte rettigheter. Samer har bl.a. utvidet rett til bruk av samisk språk i helse- og omsorgstjenesten etter sameloven § 3-5. Samiskspråklige i kommuner som er innlemmet i forvaltningsområdet for samisk språk har rett til å bli betjent på samisk. I dag er 9 kommuner innlemmet i forvaltningsområdet for samisk språk. Handlingsplanen for helse- og sosialtjenesten til den samiske befolkning Mangfold og likeverd 2002–2005 legges fortsatt i stor grad til grunn for politikkutforming på det samiske helseområdet.

Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Innsatte har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Sykeligheten blant fengselsinnsatte er høyere enn i befolkningen for øvrig, særlig når det gjelder psykisk helse og rusavhengighet. Vertskommuner for fengsler har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte og vertsfylkene for fengslene tilsvarende for tannhelsetjenester. På bakgrunn av dette ansvaret, mottar vertskommunene og vertsfylkene egne midler for å yte slike tjenester, jf. omtale under kap. 762, post 61. Regionale helseforetak har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til innsatte innen somatik, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Helsedirektoratet arbeider med å revidere veilederen for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Det tas sikte på at veilederen vil bli gjort gjeldende i løpet av 2013.

I de største fengslene har regionale helseforetak etablert egne avdelinger som tilbyr tjenester innen det psykiske helsevernet. I tillegg er det inngått en rekke avtaler mellom Kriminalomsorgen og det psykiske helsevernet for å tilrettelegge for at innsatte skal kunne få tilgang på den hjelp de har rett til og behov for. Videre er det etablert 14 rusmestringsenheter i 13 fengsler for innsatte med rusmiddelproblemer. Det vises til omtale under kap. 734, post 72. Det er etablert samarbeid mellom Nav-kontorer og flere av de største fengslene. Justis- og beredskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har i samarbeid startet arbeidet med å ferdigstille et eget rundskriv og en egen håndbok for rusmestringsenhetene.

Prøveordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) i Bergen og Oslo vil løpe ut 2014. Statens Institutt for Rusmiddelforskning (Sirus) evaluerer ordningen basert på intervjuer med opptil 120 innsatte som over tid inkluderes i programmet. Alle disse intervjues ved oppstart av programmet, etter ett år og etter 2 år. Det vil samtidig bli registrert ev. frafall fra programmet. Evalueringen vil foreligge 2013/2014.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Regjeringen har som mål å arbeide for likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av etnisk, religiøs, kulturell og språklig bakgrunn. Innvandre- res helse varierer etter kjente sosioøkonomiske faktorer som bl.a. utdanning, sysselsetting og økonomi. God sosial forankring og gode norskerdigheter karakteriserer personer med god helse. Dette innebærer at helse- og omsorgstjenestetilbud til innvandrere må bygge på forståelsen av at mange faktorer har betydning for innvandrernes helseforhold. Det er viktig å sørge for kompetanseheving i alle deler av helse- og omsorgstjenestene, både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Videre er det viktig å sikre likeverdig tilgjengelighet til helseinformasjon i befolkningen.

I dag er det om lag 655 000 (13,2 pst.) personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge med to innvandrerforeldre. Helse- og omsorgsdepartementet har ferdigstilt veileder for bruk av tolk i helse- og omsorgstjenestene (IS-1924).

Andel innvandrere i befolkningen er økende, også i den eldre del av befolkningen. Det er viktig å sikre tilgjengelighet til tjenestene gjennom individuell tilpasning og bruk av tolk. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennomføre en målrettet kampanje for bruk av tolk i 2012.

For å løfte fram innvandrerhelse vil Helse- og omsorgsdepartementet legge fram en nasjonal strategi om temaet våren 2013. Arbeidet vil skje i nært samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, innvandrernes organisasjoner og forskningsmiljøer.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 4 mill. kroner til post 63, knyttet til finansiering av utdanningsstillinger i allmennmedisin
- 1,24 mill. kroner til kap. 1510, post 01, knyttet til oppgaven helse på petroleumsfeltet

hos Fylkesmannen i Rogaland. Dette er en fast oppgave hos fylkesmannen i Rogaland

- 0,8 mill. kroner fra post 50, knyttet til samisk helse

Midlene kan nyttes under post 70. Det vises også til omtale under post 70.

Fengselshelsetjeneste

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å følge med på at kommunene tilbyr likeverdige helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsler. Direktora- tet etablerer et fagråd bestående fagpersoner med høy kompetanse på området. Det foreslås bevilget 0,4 mill. kroner til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid på dette området i 2013. Det vises for øvrig til omtale av fengselshelsetjenesten under post 61.

Utdanningsstillinger allmennmedisin

Det er driftsoppgaver knyttet til tilskuddsordningen med utdanningsstillinger i allmennmedisin. Det foreslås 1 mill. kroner til dette formålet i 2013. Det vises for øvrig til omtale av utdanningsstillinger i allmennmedisin under post 63.

Post 50 Samisk helse

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 0,8 mill. kroner til post 21, knyttet til samisk helse
- 6,8 mill. kroner til post 70, knyttet til samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helsetjenester til den samiske befolkning. Bevilgningen dekker tilskudd til Sametinget. Det ble i 2012 bevilget 5,8 mill. kroner til Sametingets arbeid med samisk helse. Sametinget rapporterer gjennom sin årsmelding, som behandles i årlig stortingsmelding. Tilskuddene foreslås videreført med 6 mill. kroner i 2013. Se omtale av samiske tiltak under post 70.

Post 60 Forebyggende helsetjenester

Bevilgningen dekker tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, til etablering av frisklivssentraler og ny tilskuddsordning til forebyggende samhandlingstiltak, hjemmerehabilitering og oppfølging av kronikere i kommunen, herunder mennesker med diabetes og KOLS.

Tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal tildeles kommuner hvor styrking av og satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en del av en helhetlig satsing på forebygging i kommunen, jf. intensjonene i samhandlingsreformen og styrkingen av kommunenes frie inntekter fra 2010 med 230 mill. kroner. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har i tillegg til sitt individrettede arbeid, også et miljørettet fokus. Det er derfor ønskelig at kommuner styrker disse tjenestene som en del av det overordnede folkehelsearbeidet. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og tildeles etter søknad.

850 000 av tilskuddet skal deles mellom de to kommunene som er plukket ut til å være med i Statens designkonkurransen som har skolehelsetjenesten som tema.

Det er ønskelig at flere kommuner etablerer frisklivssentraler for å fremme sunne levevaner. Det legges bl.a. vekt på inkludering av innvandrergupper og på utjevning av sosiale helseforskjeller. Helsedirektoratet ga i 2011 ut en veileder for etablering og organisering av frisklivssentraler. I 2012 har 6,9 mill. kroner blitt gitt i tilskudd til etablering og utvikling av frisklivssentraler i kommunene. Det er også tildelt midler til planlegging og utvikling av frisklivstilbud i kommunene gjennom tilskuddsordningen til utvikling av samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra over kap. 761, post 67. Ved utgangen av 2009 hadde om lag 70 kommuner etablert frisklivssentraler, og ved utgangen av 2011 hadde om lag 140 kommuner etablert slike sentraler. Frisklivssentraler er forankret i kommunehelsetjenesten og har tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner ved hjelp av motivasjonssamtale/helsesamtale, fysisk aktivitetstilbud, tilbud for kostholdsendring, samt tilbud om røykeslutt. Noen kommuner har også tilbud rettet mot personer med risikofylt alkoholbruk og personer med psykiske lidelser som har nytte av tilbud om fysisk aktivitet.

I mange kommuner legges det til rette for samarbeid mellom frisklivssentralen, Nav, spesialisthelsetjeneste, frivillige organisasjoner og ulike tilbud i regi av andre lokale aktører. Det skal arbeides videre med kompetanseheving for kommuner på levevaneområdene og innen helsepedagogikk/ motivasjons- og mestringsarbeid.

Det foreslås omdisponert 30 mill. kroner fra kap. 761, post 67 til for å styrke arbeidet med å utvikle forebyggende helsetjenester i kommunene, modellutvikling knyttet til hjemmerehabilitering basert på Fredericia modellen, samt spisesede tiltak til oppfølging av kronikere i kommunen, herunder mennesker med diabetes og KOLS.

Post 61 Fengselhelsetjeneste

Det foreslås bevilget 130,9 mill. kroner. Bevilgningen skal gå til vertskommunene for fengslene for å yte helse- og omsorgstjenester og til vertsfylkene for fengslene for å yte tannhelsetjenester til innsatte i de respektive fengsler. I tillegg er 1,4 mill. kroner øremerket prøveordningen med narkotikaprogram med domstolskontroll. Det vises til nærmere omtale under kap. 734, post 72.

I 2011 ble det fordelt 123 mill. kroner til helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Av dette ble 108 mill. kroner fordelt til kommunene og 15 mill. kroner til fylkeskommuner (tannhelsetjenester).

Tilskuddsmidlene fordeles av Helsedirektoratet. En arbeidsgruppe nedsatt av direktoratet har vurdert fordelingsmodellen for tilskuddsmidlene til kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer behovet for endringer av fordelingsmodellen for tilskuddet.

Post 62 Øyeblikkelig hjelp

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 135 mill. kroner fra kap. 732, post 72–76, knyttet til døgntilbud øyeblikkelig hjelp

Øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene

I Prop. 91 L (2010–2011) lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble det vedtatt en plikt for kommunene til å sørge for tilbud om døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste som skal tre i kraft 2016. Dette vil være en ny lovpålagt oppgave for kommunen, og tilbudet vil være et alternativ til sykehusinnleggelse. Med døgnopphold for øyeblikkelig hjelp menes innleggelse av personer med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig og som ikke er planlagt på forhånd. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg. Kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp skal bli til ved et samarbeid mellom kommunen og helseforetaket. På den måten oppfordres partene til å se øyeblikkelig hjelp tilbudene sine i sammenheng, og bli enige om løsninger som er hensiktsmessige både for pasientene, kommunene og helseforetakene.

Helsedirektoratet har i 2012 utarbeidet veiledningsmateriale for å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av et øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen for somatiske pasienter.

Det kommunale tilbudet, for somatiske pasienter, skal fases inn i en fireårsperiode 2012–2015. Kommunenes utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud er beregnet til 1 048 mill. 2012-kroner årlig fra 2016. Utgiftene fullfinansieres gjennom overføring av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. I innfasingsperioden vil kommunene få midlene etter hvert som tilbudene blir etablert. Beregningen har tatt utgangspunkt i historisk forbruk av øyeblikkelig hjelp-plasser, og midlene er fordelt etter samme fordelingsnøkkel som er brukt til utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering.

Halvparten av midlene gis som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet. Kravet for å utløse tilskuddet er at kommunen har inngått samarbeidsavtale med helseforetaket. Avtalen må inneholde forpliktende og konkrete planer om etablering av tilbudet i det året det søkes midler for. Den andre halvparten av midlene overføres fra helseforetaket fra det tidspunkt tilbudet er i drift i henhold til samarbeidsavtalen. I 2012 har 146 kommuner søkt om tilskudd til etablering av øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Dette omfatter omtrent en tredjedel av norske kommuner, noe som er høyere enn antatt. Tilbudet skal fases inn over en fireårsperiode der det tas høyde for at en fjerdedel av norske kommuner vil få tilført midler hvert år fram til plikten trer i kraft fra 2016. Søkere som tilfredsstill kriteriene i regelverket, men som ikke får tildelt midler i 2012, vil få penger til etablering tidlig i 2013.

Post 63 Allmennlegetjenester

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 4 mill. kroner fra post 21, knyttet til finansiering av utdanningsstillinger i allmennmedisin

Det ble bevilget 50 mill. kroner til å styrke fastlegeordningen i 2012 som ledd i revidering av fastlegeforskriften. Det er etablert et rekrutteringstilskudd som et engangstilskudd til kommuner etter søknad basert på spesifikke kriterier, der formålet er å stimulere til etablering av nye fastlegehjemler/-stillinger og redusere antallet ubesatte hjemler/-stillinger. Midler for å styrke fastlegeordningen foreslås økt med 50 mill. kroner til 100 mill. kroner i 2013.

Det er vedtatt å stille krav til minimumskompetanse for leger som skal ha legevakt alene (uten kvalifisert bakvakt). Et slikt krav vil kunne med-

føre ekstra kostnader til bakvakt for enkelte kommuner. Det arbeides med å etablere en tilskuddsordning der aktuelle kommuner kan søke om midler til dekning av ekstra kostnader for å oppfylle kompetansekravet. Dette arbeidet har blitt forsinket på grunn av utsettelsen av arbeidet med akuttmedisinforskriften. Det ble bevilget 17 mill. kroner til formålet i 2012. Midlene foreslås videreført til tiltaket i 2013.

Utdanningsstillinger i allmennmedisin

Rekrutterings- og stabilitetsproblemer, spesielt i distriktene, har periodevis vært en betydelig utfordring for allmennlegetjenesten. Fra første halvdel av 1990-tallet har dette igjen vært den største utfordringen for tjenesten. Kombinert med den store veksten i legestillinger i spesialisthelsetjenesten har dette ført til en økende ubalanse mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. En styrking av allmennlegetjenesten i kommunene er en forutsetning for en vellykket samhandlingsreform. Det er i dag store forskjeller mellom rammebetingelsene for spesialisering i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den viktigste barrieren for spesialisering i allmennmedisin antas å være knyttet til fravær fra praksis for å kunne følge kurs og gjennomføre obligatorisk tjeneste i sykehusstilling. Én viktig forutsetning for nyrekruttering og spesialisering er å redusere denne og andre barrierer for at leger velger å etablere seg og spesialisere seg i allmennmedisinen.

For å innhente erfaringer om hva som bidrar til å motivere og stimulere legene og øke kommunenes evne til å legge til rette for spesialistutdanning av leger i allmennmedisin, ble det i 2012 utviklet en tilskuddsordning for kommuner som vil bidra i en prøveordning. Prøveordningen vil gå over en femårsperiode. Nye kommuner tas med i ordningen i 2012 og 2013. Tilskuddsmidlene kan benyttes av de utvalgte kommuner ut fra lokale behov. Som ledd i samhandlingsreformen ble det i 2011 og 2012 bevilget 5 mill. kroner til prøveordningen. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Bevilgningen foreslås videreført i 2013 med 4 mill. kroner over post 63 og 1 mill. kroner over post 21.

Post 70 Tilskudd

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 6,8 mill. kroner fra post 50, knyttet til samisk helse

- 6 mill. kroner fra kap. 764, post 73, knyttet til tilskudd til Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse

hvilken måte de får informasjon. Det legges opp til evaluering.

Det foreslås 2 mill. kroner til formålet i 2013.

Bevilgningen kan nyttes under post 21.

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 begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Det ble bevilget 1,1 mill. kroner til implementering av retningslinjer for svangerskapsomsorgen med hovedvekt på utvikling av et elektronisk helsekort og andre oppfølgingstiltak i tråd med St.meld. nr. 12 (2008–2009) fra 2010 til 2012. Prosessen med utvikling av et elektronisk helsekort er komplisert og vil bli sett i sammenheng med bl.a. utvikling av en nasjonal kjernejournal. Det vises til omtale under innledningen til kap. 762 og kap. 781, post 21, samt kap. 720, post 21. Midlene foreslås videreført over kap. 762, post 21/70.

Tidlig samtale om livsvaner i graviditet som del av svangerskapsomsorg

Som del av oppdrag knyttet til Opptreppingsplan for rus (2007–2012), jf. også Meld. St. 30 (2011–2012), Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, vil Helsedirektoratet høsten 2012 starte opp et pilotprosjekt i svangerskapsomsorgen med tidlig samtale om livsvaner i graviditet. Prosjektet skjer i samarbeid med kompetansesenter rus vest i Stavanger.

Vanligvis møter ikke kvinnen lege/jordmor før i uke 10–12 i svangerskapet, noen ganger senere. Det er behov for tidlig informasjon til gravide bl.a. om alkohol, tobakk, legemidler, andre rusmidler, folat, tidlig ultralyd og ev. overvekt. Eksempelvis oppga én av tre i en spørreundersøkelse utført blant gravide og småbarnsmødre i 2011 at de var bekymret for at de hadde drukket alkohol i svangerskapet før de visste at de var gravide. Samtalen skal komme i tillegg til ordinær førstegangskonsultasjon. Prosjektet planlegges i tre-fem kommuner i Rogaland. Formålet er utprøving av tidlig samtale med rådgivning, utvikling av samtalemetode og samtalerutiner, og erfaringer med forebygging av medfødte alkohol- og andre skader. Videre ønsker man erfaring med rekruttering av kvinner til tidlig samtale og organisering av arbeidet, antall som ønsker å benytte tilbudet og på

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse

Handlingsplaner mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2012) koordineres av Barne- og likestillingsdepartementet. Helsetjenestens hovedmål på området kjønnslemlestelse er effektivt forebyggende arbeid for å forhindre at jenter blir kjønnslemlestet, og god behandling til jenter/kvinner som allerede er kjønnslemlestet.

Det er fortsatt behov for forebyggende og holdningsskapende arbeid i berørte miljøer, spesielt blant nyankomne flyktinger og innvandrere. Det er viktig å støtte det arbeidet som ressurspersoner og helsepersonell med innvandrerbakgrunn selv gjør i egne miljøer, og oppmuntre til samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og frivillige organisasjoner.

Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble fasett inn i 2011. Erfaringene så langt viser at målgruppen for tilbudet er relativt liten, at en god del benytter seg av tilbudet om samtale og at nesten ingen takker ja til tilbudet om frivillig underlivsundersøkelse. Evalueringen viser at samtalerne har en helseforebyggende virkning og at ordningen så langt har ført med seg positive tilleggresultater som bl.a. økt kunnskap om kjønnslemlestelse.

Ev. videreføring av handlingsplanen etter 2012 er under vurdering.

Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner i 2013 til arbeidet mot kjønnslemlestelse. Helsedirektoratet forvalter bevilgningen. Midlene skal gå til tiltak mot kjønnslemlestelse hos:

- De regionale ressursentre om vold og traumatisk stress (RVTS), jf. kap. 764, post 73
- Fylkesmennene
- Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (Nakmi)

Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til rekruttering og stabilisering av leger i primærhelsetjenesten, særlig i distriktskommuner.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter interkommunale legevaktordninger, læringsnettverk for sykehjemsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. En kartlegging utført av Fylkesmannen i februar 2011

viser at det fortsatt er utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i flere kommuner. Det er få vakante stillinger, men 17 pst. betjenes av vikar.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Finnmark omfattet i 2011 veiledningssamlinger for unge leger i hele fylket og særskilte rekrutteringsprogrammer i kommunene Kautokeino, Vardø og Vadsø. Resultater forventes i løpet av 2012. Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin bidrar til å styrke rekruttering og stabilisering av primærleger i hele Nord-Norge og har stor betydning for legedekningen. Undersøkelser fra Finnmark viser at over 65 pst. av legene som gjennomførte veiledningen i allmennmedisin i perioden 1997–2006 fortsatt arbeidet i fylket fem år senere. I 2011 formidlet Fylkesmannen i Finnmark tilskudd til spesialisering i allmennmedisin for 38 leger i Finnmark, Troms og Nordland, og til sju leger i spesialisering i samfunnsmedisin.

Tiltakene foreslås videreført i 2013.

Det ble opprettet fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) med tilknytning til de medisinske fakultetene 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 helse- og omsorgstjenestene. Et viktig ledd i dette er å styrke allmennlegetjenesten, bl.a. fastlegenes rolle. For at fastlegene skal kunne være mest mulig oppdatert og deres kunnskap forskningsbasert, er det nødvendig med praksisnær, deriblant klinisk, allmennmedisinsk forskning. Noen av forskningsenhetene har etablert samarbeid med andre faggrupper (bl.a. sykepleievitenskap og odontologi), og AFE Oslo har inngått avtale med Oslo kommune om FoU-samarbeid. I løpet av høsten 2012 etableres et forskningsnettverk mellom forskningsenhetene og de regionale odontologiske kompetansesentre.

Basisfinansieringen av AFE skjer over kap. 762, post 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 2012 var det avsatt 14 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 et bredt spekter av problemstillinger innenfor svært mange dagsaktuelle temaer. I 2011 ble det publisert en rekke arbeider ved de fire AFE, bl.a. vitenskapelig artikler i indekserte fagfelleverderte tidsskrift, og per mars 2012 var det fem disputaser for ph.d.-graden. Det ble i tillegg drevet omfattende forskningsformidling gjennom kongresser, bokkapitler, kronikker mv. En styrket forskningsinnsats krever bl.a. flere kvalifiserte veiledere.

Det foreslås at tiltaket videreføres med 14,5 mill. kroner i 2013.

Det er behov for å opprettholde forskningsaktiviteten på kiropraktikk. Norsk Kiropraktorforbund har etablert en forskningsstiftelse som i nært samarbeid med Universitetet i Stavanger vil bidra til opprettelse av forskningsaktivitet på feltet. Det planlegges utdanning i tilknytning til et etablert universitetsmiljø i Norge. Det er naturlig at midlene senere vil inngå i forskningsaktiviteten ved den aktuelle undervisningsinstitusjonen. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til formålet i 2013.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble etablert i 2004 og er organisatorisk tilknyttet Universitetet i Bergen. Senteret skal gjennom forskning, fagutvikling og undervisning, i samarbeid med andre fagmiljø, 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 ansvar for kompetanseutvikling mv. ved overgrepsmottakene. Det er gjennomført lokale brukerundersøkelser ved utvalgte legevakter. Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over kap. 762, post 70. Det gis tilskudd også i 2013.

Fra 2008 ble det innført en tilskuddsordning for etablering og/eller utvidelse av interkommunale legevaktssamarbeid (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 var sju tilskuddsmottakere i 2011. Fem kommuner rapporterte om utvidelse, kvalitetsforbedring og kompetanseheving, mens to mottakere ønsket å utrede muligheten for å etablere interkommunal legevaktsentral og planlegge interkommunal legevakt. Tiltaket foreslås videreført i 2013.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har siden 2007 vært fast etablert som et kompetansesenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i et samarbeid med Universitetet i Tromsø, Helsedirektoratet og Helse Nord. Formålet med senteret er å fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger samt å bygge nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene. Senteret skal bidra til brobygging mellom praksis og akademi og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i distriktshelsetjenesten. En hovedutfordring er å bidra til likeverdige og stabile lege- og helsetjenester i distriktene med vekt på samhandling, så vel i lokalsamfunnet som mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utover avtalte kjerneoppgaver arbeider senteret med å arrangere konferanser; i 2011 som medarrangør av Nordisk kongress i allmenntilleggsmedisin og i 2012 som arrangør av Legevakt, akuttmedisin og samhandling i distriktene. Det er et ønske å kunne ivareta problemstillinger som er relevante for mindre kommuner i hele landet. Driften dekkes i hovedsak over kap. 762. I tillegg gis et mindre tilskudd fra Helse Nord. Det gis tilskudd også i 2013.

Data fra fastlegedatabasen i Helsedirektoratet/Helfo tilrettelegges for forskere av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det gis tilskudd til NSD til formålet i forlengelsen av den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen. I 2011 ble det gitt tre dataleveranser til ansatt/student ved universiteter.

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. Det er viktig å sørge for kompetanseheving i alle deler av helse- og omsorgstjenestene, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre er det viktig å sikre likeverdig tilgjengelighet til helseinformasjon i befolkningen.

I dag er det om lag 655 000 (13,2 pst.) personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge med to innvandrerforeldre.

Helsedirektoratet har ferdigstilt veileder for bruk av tolk i helse- og omsorgstjenestene (IS-1924).

Det foreslås å videreføre 1,2 mill. kroner til Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (Sohemi) i 2013. Sohemi har en viktig rolle i forhold til å medvirke til gode tjenester for innvandrerbefolkningen. Sohemi administreres av Helsedirektoratet.

Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (Nakmi) er et tverrfaglig kompetansesenter som arbeider for å utvikle og formidle kunnskap om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn nasjonalt og internasjonalt. Formålet er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester. Senteret driver flere forsknings- og utviklingsprosjekter som i hovedsak bygger på aktiv involvering fra aktører i minoritetsbefolkningen. Senterets strategiplan vektlegger de største minoritetsgruppene og de mest utbredte utfordringene. Helsedirektoratet vil i år gjennomføre en evaluering av Nakmi, rapportene er planlagt ferdig desember 2012.

Andel innvandrere i befolkningen er økende, også i den eldre del av befolkningen. Det er viktig å sikre tilgjengelighet til tjenestene gjennom individuell tilpasning og bruk av tolk. Helsedirektoratet gjennomførte en målrettet kampanje for bruk av tolk høsten 2012.

For å løfte fram minoritetshelse vil Helse- og omsorgsdepartementet legge fram en nasjonal strategi for minoritetshelse våren 2013. Arbeidet vil skje i nært samarbeid med innvandrernes organisasjoner og forskningsmiljøer.

Det er behov for å styrke forskning både mht sykdomspanorama, levevaner og bruk av helsetjenester. Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (Nakmi) vil bli styrket med 2 mill. kroner i 2013 i tillegg til videreføring av bevilgningen i 2012 på 6 mill. kroner.

Samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helsetjenester til den samiske befolkning. Formålet er også å bidra til at slike tjenester er kunnskapsbaserte.

Bevilgningen dekker primært driftstilskudd til Senter for samisk helseforskning. Senteret har i 2011 hatt god vitenskapelig produksjon. Det foreslås 6,8 mill. kroner til tiltaket i 2013.

Forskningssenteret gjennomfører i 2012 oppfølgingen av Saminor-studien som ble gjennomført 2003–2004. Den nye studien har større bredde i problemstillingene, både med hensyn til opplevelse av helsetjenestene og sosiale forhold.

Helsedirektoratet arbeider for å fremme samisk språk og kulturkompetanse gjennom rådgivning og nettverksvirksomhet mot kommuner, helsefor-etak, fylkesmenn, utdanningsinstitusjoner og andre aktører med en rolle i helsetjenesten. Direktoratet finansierer også et par enkeltprosjekter med slike mål. Over tid har det blitt en høyere bevissthet om den samiske befolkningens behov i ulike ledd i helsetjenesten. Spesielt gir dette utslag i at temaet aktualiseres i et større antall kommuner enn for noen år tilbake. Manglende stabilitet i stillinger og vansker med å rekruttere nok samiskspråklig personell i tjenestene er likevel fortsatt et stort problem. Det vises for øvrig til Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementets vedlegg til statsbudsjettet som omhandler bevilgninger til samiske formål.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Formål med bevilgningen er å fremme særskilt informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv. Bevilgningen tildeles Norsk Pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød. Tilskuddene foreslås videreført i 2013. Norsk Pasientforening gir medisinsk og juridisk bistand til enkelte pasienter og pårørende. Landsforeningen uventet barnedød jobber med forskning og forebygging av uventet barnedød.

Post 73 Forebygging uønskede svangerskap og abort

Overordnede mål for forebygging av uønskede svangerskap og abort er fortsatt nedgang i abortratene, og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for et trygt seksualliv.

I 2012 er det bevilget 30,8 mill. kroner til oppfølging av Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av handlingsplanen. Som en del av handlingsplanen ble det bl.a. bevilget 8,9 mill. kroner til Klara-Klok.no, 3 mill. kroner til Sex og samfunn, senter for ung seksualitet, samt 6,2 mill. kroner til Senter for ungdom, samliv og seksualitet (Suss-telefonen) over posten.

Helsedirektoratet utga i 2012 en statusrapport på Handlingsplanen 2010–2015 (IS-2019). Denne dokumenterer at det har vært gjennomført betydelig aktivitet til nå i planperioden. Sentrale indikatorer på seksuell helse antyder en positiv utvikling siste tre-års periode. Forbruket av prevensjon har økt og abortraten har gått tydelig tilbake.

I 2011 ble det utført 15 343 svangerskapsavbrudd. Dette gir en abortrate på 13,3 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år. Det var en nedgang i alle aldergrupper under 40 år. Abortraten blant tenåringer i alderen 19 år og yngre var 12,7 i 2011 mot 14,1 i 2010. Dette er den laveste abortrate blant tenåringer siden registreringen begynte. Abortraten var høyest i aldersgruppen 20–24 år; 27,6 i 2011 mot 29,2 per 1000 kvinner i 2010.

Det er gjennomført flere tiltak som ledd i arbeidet med å redusere aborttallene i aldersgruppen 20–24 år. Det er i denne gruppen det er størst potensial for å få en reduksjon i aborttallet. Viktige satsingsområder er lett tilgjengelighet til tjenester og lett tilgjengelighet til prevensjon. Prevensjons- og veiledningstilbud (studenthelsetjenester) er opprettet ved 21 studiesteder i landet. Studenthelsetjenestene hadde totalt om lag 18 000 konsultasjoner om seksuell helse i 2011. Det er en økning på om lag 2000 fra 2010.

Utviklingen i aborttallene blant kvinner i aldersgruppen 20–24 år har stabilisert seg de siste to årene.

Sentralt i arbeidet står forebygging av klamydiainfeksjoner, tilgjengelighet og bruk av kondomer. Tiltak for å øke testfrekvens og behandling blant ungdom og unge voksne videreføres. I 2011 ble det delt ut totalt 5,3 millioner kondomer til aktuelle målgrupper. Det er en økning på om lag 1 million kondomer fra 2010. Nærmere halvparten distribueres gjennom tjenesten www.gratiskondomer.no.

Bruken av de nasjonale hjelpetelefonene som drives av Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet (SUSS) har vært stabil.

Klara-klok.no – helsestasjon for ungdom på nett

Klara-klok.no er et nasjonalt lavterskeltilbud til ungdom og unge voksne på nett. Tjenesten er et supplement til de lokale lavterskeltilbudene. Et bredt fagpanel gir svar på spørsmål om alle typer helse- og livsproblemer. Dette kan være allmenne problemstillinger knyttet til fysisk og psykisk helse, kosthold/fysisk aktivitet, vold og overgrep, rus og røyk, samliv, seksualitet og seksuelt overførbare infeksjoner. Det ble bevilget 8,9 mill. kroner over posten til Klara-Klok.no i 2012.

Fagpanelet består av helsepersonell, sosialarbeidere, ruskonsulenter og prest med særlig kompetanse på kommunikasjon med ungdom. Brukerne er unge fra hele landet i alder 13–20 år og om lag 1/3 er gutter. Nettstedet er en viktig innfallspurt til hva slags hjelp og opplysning unge gutter og jenter trenger. Klara-klok.no har hatt en

stor økning i bruk siden oppstart i 2001, fra 280 000 henvendelser i 2002 til om lag 3,8 millioner henvendelser i 2011. Klara-klok.no finansieres over kap. 718, post 63, kap. 719, post 70, kap. 762, post 73, kap. 764, post 60 og kap. 764, post 73.

Post 74 Stiftelsen Amatheia

Det foreslås bevilget om lag 15,7 mill. kroner til Stiftelsen Amatheia. Bevilgningen dekker driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia. Stiftelsen tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner

og par som er blitt ikke-planlagt gravide, samt tjenester som bidrar til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort. Stiftelsen ønsker å bidra til å gi kvinner 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 2011 var det 30 ansatte fordelt på 24 årverk. I 2011 ble det gjennomført 11 210 konsultasjoner der 4905 av klientene hadde personlig frammøte. Av klientene var 94 pst. kvinner og 311 av konsultasjonene var parsamtaler.

Kap. 763 Rustiltak

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 71</i>	64 165	61 287	61 199
61	Kommunalt rusarbeid, <i>kan overføres</i>	408 951	419 602	86 029
71	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	171 331	170 521	176 148
72	Kompetansesentra mv.	85 971	88 371	87 287
	Sum kap. 0763	730 418	739 781	410 663

Det foreslås å styrke regjeringens samlede innsats på rusfeltet med 45 mill. kroner i tråd med Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! til følgende tiltak:

- 6 mill. kroner til ansvarlig alkoholhåndtering (kap. 718, post 21).
- 6 mill. kroner til mobilisering mot doping, herunder 4 mill. kroner til økt kunnskap om behandling av personer med skadelig bruk av doping (kap. 732, post 70) og 2 mill. kroner til befolkningsundersøkelse om bruk av doping (kap. 716, post 01).
- 2 mill. kroner til rådgivende livsstilssamtale tidlig i svangerskapet (kap. 762, post 21).
- 12 mill. kroner til kompetansestyrking, forskning og utvikling (kap. 763, post 21 og 60 og kap. 780, post 50).
- 10 mill. kroner til nasjonal overdosestrategi (kap. 763, post 21).
- 9 mill. kroner til tiltak rettet mot særlige utsatte barn og pårørende (kap. 763, post 21 og 781, post 79).

Det vises til omtalen under kap. 716, kap. 718, kap. 732, kap. 763, kap. 780 og kap. 781 for en nærmere konkretisering og beskrivelse av hvilke

tiltak og bevilgninger som er knyttet til de ulike forslagene.

Ved behandlingen av kommuneproposisjonen for 2007 sluttet Stortinget seg til forslaget om å innlemme det øremerkede tilskuddet til kommunalt rusarbeid (kap. 763, post 61) fra og med 2011. I 2010 besluttet regjeringen å forlenge virketiden til opptrappingsplanen for rusfeltet ut 2012, og det ble besluttet å videreføre tilskudd til kommunalt rusarbeid ut opptrappingsplanens planperiode. Regjeringen foreslår å innlemme størstedelen av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammetilskuddet til kommunene og deler av dagens midler omdisponeres til kompetansetiltak, samhandlingsmodeller og økt rekruttering av kommunale psykologer. Regjeringen foreslår å innlemme 333 mill. kroner av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammetilskuddet til kommunene fra 2013 (kap. 571 Kommunal- og regionaldepartementet).

Samtidig foreslås det å styrke kompetansen og utvikle gode samhandlingsmodeller. Det foreslås at 100 mill. kroner av dagens tilskudd omdispone-res og videreføres til følgende formål:

- 20 mill. kroner til økt rekruttering av psykologer i kommunene (kap. 764, post 60)

- 25 mill. kroner til videreføring og styrking av dagens stimuleringstilskudd til etter- og videreutdanning (kap. 763, post 61).
- 55 mill. kroner til utprøving av samhandlingsmodeller, samt videreføring av tilskudd til sprøyterommet (kap. 763, post 61).

Videre foreslås det å videreføre og videreutvikle kompetansetiltak som er gjennomført gjennom opptrappingsplanene for rusfeltet og psykisk helse i Kvalitetsløftet rus og psykisk helse. Kvalitetsløft rus og psykisk helse har tre innsatsområder for å styrke og videreutvikle kunnskap, bidra til økt kompetanse og bedre kvalitet:

- Kompetanseplan rus og psykisk helse (rekruttering og kvalifisering av personell, ledelse, og videre- og etterutdanning)
- Bedre grunnlag for styring, kunnskap om helseutfordringer og behandling
- Forskning, utvikling og kunnskapsstøtte

Kompetanseplan rus og psykisk helse

Det gis tilskudd på om lag 60 mill. kroner til ulike utviklingstiltak for å styrke kompetansen om rus og avhengighetsproblematikk, opplæringstiltak og nettverk for ACT-team, rekruttering av psykologer og samhandlingsmodeller. Det skal i tillegg etableres en ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Midlene foreslås videreført og styrket med 22 mill. kroner. Det vises til omtaler under kap. 763, post 21 og 61 og kap. 764, post 21, 60 og 72.

Det gis tilskudd til lederutviklingstiltak på om lag 5 mill. kroner. Midlene foreslås videreført. Det vises til omtaler under kap. 763, post 72.

Om lag 110 mill. kroner bevilges til videre- og etterutdanning i rusproblematikk for sosial- og helsepersonell i kommunene, ansatte i kriminalomsorgen og i politiet. Det gis også tilskudd til tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og psykososialt arbeid med barn og unge. Det foreslås 31 mill. kroner til videreføring og styrking av formålet. Det vises til omtaler under kap. 763, post 21 og 61 og kap. 764, post 21, 60 og 72.

Bedre grunnlag for styring, kunnskap om helseutfordringer og behandling

Det bevilges om lag 14 mill. kroner til styrking av data på rusmiddelområdet til folkehelsearbeid og lokale og nasjonale styringsdata og kvalitetsarbeid. Midlene foreslås videreført. Det vises til omtaler under kap. 763, post 21 og kap. 764, post 21.

Forskning, utvikling og kunnskapsstøtte

Det bevilges om lag 65 mill. kroner til rusmiddel-forskningsprogrammet og programmet for psykisk helse i Norges forskningsråd, samt satsing på praksisrettet forskning ved høyskoler og universitet med velferdsutdanninger (PraksisVEL). Midlene foreslås videreført og rusmiddelforskningsprogrammet foreslås styrket med 4 mill. kroner. Det vises til omtale under kap. 780, post 50.

Bevilgningene til Sirius, forskningsmidler i de regionale helseforetakene og i Folkehelseinstituttet som også er sentrale forskningsmiljø innenfor rus og psykisk helsefeltet videreføres.

Det bevilges i dag om lag 420 mill. kroner til nasjonale og regionale kompetansesentre. Disse er: De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid, Regionalt kunnskapsenter for barn og unge, psykisk helse og barnevern, Region senter for barn og unges psykiske helse, Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress, samt de fem regionale ressursentrene på vold, traumer og selvmordsforebygging og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging. Sentrene er sentrale bidragsyttere til implementering av ny kunnskap i tjenestene. Støtten foreslås videreført. Det vises til omtale under kap. 763, post 72, og kap. 764, post 72 og 73.

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!

Regjeringen la 22. juni fram en egen stortingsmelding om rusmiddelpolitikken, Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! Stortingsmeldingen er den første stortingsmeldingen om en helhetlig rusmiddelpolitikk, og omhandler alkohol, narkotika, vanedannende legemidler og doping som samfunnsproblemer. I stortingsmeldingen angis de politiske målene for en helhetlig rusmiddelpolitikk: fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til dem som har omfattende rusproblemer, til en politikk som ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk. Målet er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet og bidra til flere friske leveår for befolkningen. Selv om mye er oppnådd, bl.a. gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet, så gjenstår det utfordringer som vil bli møtt med en forsterket innsats. En rekke tiltak vil bli videreført og nye satt i verk innenfor følgende fem innsatsområder:

- Forebygging og tidlig innsats
- Samhandling, tjenester som jobber sammen

- Økt kompetanse og bedre kvalitet
- Hjelp til tungt avhengige, redusere overdosedødsfall
- Innsats for pårørende og mot passiv drikking

Det er fortsatt behov for å videreføre og styrke innsatsen som er etablert gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet. Opptrappingsplanen for rusfeltet utløper i 2012. Planen vil bli avløst av strategier på følgende innsatsområder: folkehelse, overdoser og kvalitetsløft rus og psykisk helse. I tillegg skal rusfeltet videreutvikles i tråd med samhandlingsreformen.

Om rusmiddelpolitikken

Rusproblemer og konsekvenser av andres rusmiddelbruk kan ramme alle. Problemene og hjelpebehovet vil variere fra person til person. Rusmiddelpolitikken er sektorovergripende og krever samarbeid på tvers av departements- og etatsgrenser. Mange sektorer og nivåer deler derfor ansvaret for å skape helsefremmende leve- og oppvekstvilkår som kan bidra til å forebygge rusproblemer og psykiske problemer.

Mange klarer ved egen hjelp eller med støtte fra familie og nettverk, selvhjelpsgrupper og brukerorganisasjoner, å redusere eller avslutte skadelig bruk av rusmidler. Andre vil ha behov for tjenester og oppfølging i en kortere periode, mens andre igjen vil ha behov for mer omfattende tjenester, gjerne over lengre tid eller livet ut. Dette kan innebære tjenester fra både kommune, spesialisthelsetjeneste og frivillig sektor. Alle tjenestene må derfor opprettholde og videreutvikle et differensiert tilbud til både barn, unge og voksne med varierende grad av problematikk samt deres pårørende. Tjenestene må være særlig oppmerksomme på barn, unge og pårørende som rammes av andres rusmiddelbruk.

Norge har et bredt internasjonalt engasjement på alkohol- og narkotikaområdet. Arbeidet for å sette alkohol som folkehelseutfordring høyere på den internasjonale dagsorden vil bli videreført. Gjennom det internasjonale narkotikasamarbeidet, vil Norge bidra til å redusere dyrking, tilvirkning, distribusjon og omsetning av narkotika, fremming av menneskerettigheter og økt bruk av norske bistandsmidler til alternativ utvikling.

Anslag fra Sirius (2010) viser til at om lag 80 000–120 000 personer i Norge har et risikofylt alkoholforbruk. Mellom 78 000 og 120 000 menn og mellom 42 000 og 73 000 kvinner oppgir å ha brukt et narkotisk stoff i løpet av ett år. Sirius har anslått at rundt 8000 personer injiserer narkotiske

stoffer, hovedsakelig heroin. Bruk av dopingmidler ligger på et relativt lavt nivå i Norge, men undersøkelser viser at de som bruker dopingmidler ofte, også bruker andre illegale rusmidler og mer alkohol enn gjennomsnittet.

Folkehelseinstituttet (2011) har anslått at mellom 50 000 og 150 000 barn og mellom 50 000 og 100 000 ektefeller/partnere bor sammen med personer med et risikofylt alkoholkonsum i Norge. Kartlegginger av innbyggere med rusproblemer som mottar tjenester fra kommunenes helse, omsorgs- og eller velferdstjenester (BrukerPlan 2012) viser at 8,5 pst. av brukerne har omsorg for barn, mens 18 pst. har samvær med barn.

Tall fra kartleggingsverktøyet BrukerPlan (Korfor 2012) viser at det er registrert 30 000 personer som mottar kommunale tjenester som følge av rusproblemer på landsbasis. Estimer fra Sintef og Rambøll viser henholdsvis 64 000 og 41 000 personer som mottar kommunale tjenester eller er vurdert til å ha behov for kommunale tjenester på grunn av rusproblemer. Tall fra Norsk pasientregister for 2011 viser at om lag 25 000 personer fikk tverrfaglig spesialisert behandling for sine rusproblemer. Ved utgangen av 2011 var det om lag 6500 som var i aktiv behandling i lar. I tillegg ble et betydelig antall pasienter med rusproblemer som bidiagnose, behandlet innen psykisk helsevern med en psykiatrisk hoveddiagnose.

Opptrappingsplan for rusfeltet – oppsummering
Opptrappingsplanen for rusfeltet som avsluttes i 2012, har fem hovedmål:

- Mål 1: Tydelig folkehelseperspektiv
- Mål 2: Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mål 3: Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Mål 4: Mer forpliktende samhandling
- Mål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Fra og med 2012 bruker regjeringen over 1 mrd. kroner mer hvert år på rusfeltet, enn det som ble brukt i 2005. I tillegg kommer styrkingen av kommuneøkonomien og styrkingen av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Åtte departementer med underliggende direktorater, fylkesmennene, forskningsinstitusjoner, kompetansemiljøer, bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivillige og private aktører og andre har bidratt til at rusfeltet har blitt styrket. Det har særlig vært fokus på tiltak for å øke kvaliteten på tjenestene, selv om også kapasiteten i kommunene og spesialisthelsetjenesten har økt i planperioden.

Helsedirektoratet følger framdriften i planen, og en statusgjennomgang viser at tilnærmet alle tiltakene er gjennomført eller satt i gang. Det vises til vedlegg 2 i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! for en helhetlig omtale av resultater og virkemidler i opptrappingsplanen.

Forventninger til kommunene på tjenesteområdet

Rusfeltet vil ha høy prioritet framover selv om Opptrappingsplanen avsluttes. De overordnede mål og verdigrunnlag fra planen vil fortsatt legges til grunn for regjeringens politikk, i tråd med Meld. St. 16 (2010–2011), Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) og Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig ruspolitikk. Kommunale tjenester til personer med rusproblemer gis i flere sektorer i kommunen. Godt kommunalt arbeid på feltet krever derfor fokus på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid innad i kommunen, mellom nivå og sektorer, med spesialisthelsetjenesten og med frivillig sektor. Kommunene er sentrale for å lykkes med helhetlig behandling av personer med rusproblemer i tråd med samhandlingsreformen. Oppfølgingen av personer med rusproblemer skal i hovedsak skje gjennom de ordinære helse- og omsorgstjenestene. Målet er at tjenester for personer med rusproblemer skal gi mulighet for god helse, mestring og en verdig livssituasjon. I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester understrekes det at kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom og rusproblemer.

Det kommunale rusarbeidet skal bidra til å styrke tilbudet til mennesker med rusproblemer, enten det dreier seg om tjenester som gis før, under eller etter spesialisert behandling, eller ved løslatelse fra fengsel. Som en del av dette er videreutvikling av kvaliteten en forutsetning. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og rusrådgiverne hos fylkesmennene skal bidra til å styrke kompetanse og kvalitet i kommunalt rusarbeid. Kommunene må se innsatsen på rusmiddelfeltet i sammenheng med kvalifiseringsprogrammet i Nav, jobbstrategien for mennesker med nedsatt funksjonsevne, psykisk helsearbeid, barnevernsarbeid, boligsosialt arbeid og omsorgstjenestene samt innsatsen innen folkehelse- og forebyggingsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet vil styrke dialogen med kommunene gjennom KS og samarbeidet med fylkesmennene om de sammensatte utfordringene på rusmiddelfeltet.

Det foreslås å innlemme 333 mill. kroner av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammetilskuddet til kommunene fra 2013 (kap. 571 Kommunal- og regionaldepartementet). Når en bevilgning som før ble tildelt kommunene som øremerket tilskudd innlemmes i rammetilskuddet, gir det kommunene en større mulighet til å målstyre bruken av midlene samt prioritere ut fra lokale forhold. Tilskuddet foreslås fordelt etter kostnadsnøkkelen for sosialtjenester i inntektssystemet. Beregninger viser at en overgang til rammefinansiering ikke vil ha vesentlige omfordelingsvirkninger mellom kommunene, i forhold til hva en videreføring av dagens finansiering ville hatt.

For å understøtte kommunenes arbeid innen rusmiddelfeltet arbeider Helsedirektoratet med en felles veileder i rusarbeid og psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Det er behov for å se rus og psykisk helse i sammenheng. Det er utarbeidet flere faglige retningslinjer og veiledere som skal fremme en mer kunnskapsbasert praksis i tjenestene.

Egen bolig er en grunnleggende forutsetning for at mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser kan mestre eget liv. En egnet bolig bidrar til forutsigbarhet og verdighet for den enkelte, samtidig som effekten av kommunal oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten blir mye bedre. Samtidig bidrar det til at re-innleggelse i spesialisthelsetjenesten kan reduseres.

Et helhetlig tjenestetilbud er en forutsetning for å lykkes med samhandling, der de kommunale tjenestene utgjør bærebjelken og der spesialisthelsetjenesten skal være understøttende for de kommunale tjenestene. Der lokale og regionale forhold tilsier det, vil distriktpsikiatriske sentre kunne være en nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester. Mer fleksible behandlingstiltak og tilbud om brukerstyrte plasser, er aktuelle tiltak for å fange opp personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser. Legemiddelassistert rehabilitering som et av flere mulige behandlingstilbud, må videreutvikles for å sikre likeverdig og rask tilgang til hjelp. De gode erfaringene fra forsøket koordinerende tillitsperson skal spres. Ideelle organisasjoner er viktige bidragsytere innen rusfeltet.

Regjeringen tar sikte på en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter så snart det lar seg gjennomføre. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringene med innføring av samhandlingsreformen og kvaliteten på registreringen som må legges til grunn for oppgjørsordningen. Det er stilt krav om registrering av utskriv-

ningsklare pasienter. Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene omhandler også rus og psykisk helse. Samarbeidsavtalene skal brukes som et aktivt virkemiddel til å styrke samhandlingen innenfor rus og psykisk helse.

Det utredes videre om en plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig-hjelp- heldøgntilbud også skal omfatte rus og psykisk helsevern.

Rapportering for kommunal sektor

Gjennom Helsedirektoratets rapporteringsskjema IS-8 foreligger det tall over kommunenes innsats på feltet, målt i årsverk. Beregnede nasjonale tall viser at det har vært en økning i antall årsverk rettet mot rusarbeid i kommunene fra 2010 til 2011 (Rambøll 2010). IS-8 rapporteringen viser at totalt antall årsverk rettet mot tjenester til personer med rusproblemer økte fra 3620 årsverk i 2010 til 4008 årsverk i 2011.

Innrapportere tall fra 2011 om antall årsverk rettet mot rusarbeid i kommunene, og fordelingen av disse, viser den samme utviklingen som i 2010. Klart flest årsverk ble benyttet til oppfølgingstjenester i bolig (28,4 pst.) og til ruskonsulenttjenester (22,7 pst.). Oppsøkende/ambulante tjenester/tilbud (6,1 pst.) og lavterskeltjenester (4,9 pst.) hadde færrest rapporterte årsverk. Om lag 75 pst. av personalressursene innen kommunalt rusarbeid hadde høgskole eller universitetsutdanning i 2011. 10 pst. av årsverkene ble utført av ufaglært personell.

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).

I statsbudsjettet for 2010, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Helse- og omsorgsdepartementet, ble det bevilget 150 mill. kroner til styrking av rusfeltet og ytterligere 100 mill. kroner for 2011. Bevilgningene ble videreført i 2012. I tillegg ble virksomhetsperioden for Opptrappingsplanen for rusfeltet i 2011 forlenget med to år, ut 2012. For 2013 foreslås ytterligere styrking med 45 mill. kroner. Samtidig har en styrket økonomi i kommunene og i

helseforetakene lagt grunnlag for ytterligere utbygging av tjenestetilbudet på rusfeltet.

Regjeringen la 22. juni 2012 fram en egen stortingsmelding om rusmiddelpolitikken, Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! Stortingsmeldingen angir de politiske målene for en helhetlig rusmiddelpolitikk, fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til de som har omfattende rusproblemer, til en politikk som ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk.

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).

Norges forskningsråd gjennomførte på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet en konsensuskonferanse om heroinassistert behandling 21. juni 2011. Konsensuspanelet overleverte sin konsensusrapport til departementet i september 2011. Etter en samlet vurdering mener regjeringen at det ikke er godt nok grunnlag for å innføre en prøveordning med heroinassistert behandling på nåværende tidspunkt, men vil følge nøye med på utviklingen internasjonalt. Det vises også til omtale i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 15,11 mill. kroner til kap. 1510, post 21, til finansiering av lønnsmidler til rusrådgivere hos Fylkesmannen.
- 1 mill. kroner til kap. 763, post 72, knyttet til handlingsplan mot menneskehandel (2011–2014) Sammen mot menneskehandel – Lauras Hus

Formålet med posten er å bidra til kompetanse- og kvalitetsutvikling på rusfeltet og styrke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Posten skal bidra til å gi personer med rusproblemer et bedre kommunalt tjenestetilbud. Bevilgningen går til:

- Kompetanse- og kvalitetsutvikling i regi av Fylkesmannen og Helsedirektoratet

- Styrket samhandling innen rus- og psykisk helsefeltet
- Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Bevilgningen ses i sammenheng med tilskuddene til kommunalt rusarbeid (post 61), frivillig rusarbeid (post 71) og kompetansesentre mv. (post 72) over dette kapitlet.

Helsedirektoratet har gjennomført ulike tiltak overfor kommunene i 2011 og viderefører arbeidet i 2012. Kompetansetiltak i regi av Helsedirektoratet har i hovedsak gått til oppfølging av Tillitspersonforsøket, evalueringer og arrangementer for fylkesmennene og fagfeltet. Helsedirektoratet har satt i gang flere tiltak for å skaffe bedre dokumentasjon og statistikk om tjenester til personer med rusproblemer. For øvrig vises til omtale under kap. 764.

Rådgivere innen rusfeltet ved fylkesmannsembetene har vært sentrale i å bistå Helsedirektoratet med gjennomføringen av opptrappingsplanen for rusfeltet og sikre samordning av den statlige innsatsen overfor kommunene. Fylkesmennenes rapporter viser at det er gjennomført mange ulike tiltak for å styrke kvalitet og kompetanse i tjenestene, tilpasset lokale og regionale behov. Tilskuddsforvaltning og faglig oppfølging av kommunene har vært sentrale oppgaver i 2011. Rusrådgiverne er godt etablert i embetene og har bred kunnskap om situasjonen på rusområdet og andre relevante fag- og tjenestoområder i kommunene og i fylket som helhet. Fylkesmannen er en viktig ressurs i styrkingen av det kommunale rusarbeidet og bidrar til drift av tverrfaglige regionale rusfora og nettverk, samt iverksetting av ulike kompetanseutviklings tiltak. Fylkesmannen samarbeider med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet. Opptrappingsplanen for rusfeltet avsluttes i 2012, og finansiering av rusrådgiverne foreslås overført til Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet, i tråd med retningslinjene for finansiering av Fylkesmannen.

Helsedirektoratet har tildelt tilskudd til utprøving av modeller som ivaretar sammenhengende behandlings- og rehabiliteringsforløp. Det er også tildelt tilskudd til kartlegging/spredning av kompetanse rundt samhandlingsutfordringer og ulike målgruppers behov for helhetlige tjenester og tverrfaglig samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og andre sektorer. I 2011 ble det fordelt 5 mill. kroner til 12 ulike tiltak.

Bevilgningen på 5 mill. kroner er videreført i 2012. Etter søknadsfristens utløp var det kommet

inn søknader for 30,5 mill. kroner. Til sammen 48 søknader er mottatt, av disse er 37 nye søkere mens 11 er videreføringer fra fjoråret. Den store søkermassen tyder på at ordningen treffer kommunene, spesialisthelsetjenesten og andre aktører som nå er i gang med å sette i verk samhandlingsreformen. Dette er en ønsket utvikling og vitner om et stort behov for å organisere og prøve ut modeller for samhandling på feltet og at aktørene ønsker å innrette tjenestene i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Bevilgningen må ses i sammenheng med samhandlingsmidlene på kap. 763, post 61.

Helsedirektoratet har satt i gang et arbeid med å revidere handlingsveilederen for bruk av tvang etter §§ 10-2–10-4 i helse- og omsorgstjenesteloven. Det er etablert en arbeidsgruppe og arbeidet ledes av kompetansesenteret for rusmiddelspørsmål i region øst. Det er forventet at ny veileder vil foreligge medio 2013. Tvangsperspektivet vil også tas inn i relevante retningslinjer og veiledere som utarbeides på rusfeltet. Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide et rundskriv til helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2–10-4 for å bidra til en riktigere og mer enhetlig bruk av bestemmelsene. Fylkesmennene vil også bistå med å tilby opplæring til tjenestene om tilbakehold og tvang av rusavhengige.

Tiltak for å øke brukermedvirkning og pårørendeperspektivet i rusfeltet er styrket. Det er etablert en pårørendenettside på helsenorge.no/paerørende. Nettsidens målgruppe er pårørende til mennesker med rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Siden er ment å synliggjøre pårørende og samle og sikre god informasjon om hvor de kan henvende seg for å få ytterligere informasjon og hjelp med sine problemer. Et eget e-læringsprogram i pårørendeinvolvering som er rettet mot tjenesteapparatet er utviklet i 2012 og skal implementeres. Programmet skal bidra til at tjenestene skal bli bedre til å inkludere både voksne og barn som pårørende og tenke mer helhetlig i behandlingen av brukerne.

Pårørendesentrene har fått økt støtte, og flere av pårørendesentrene har fått anledning til å styrke sitt arbeid overfor barn og unge som er pårørende. De får også støtte over kap. 763, post 71 frivillig arbeid. Helsedirektoratet vil bidra til å utarbeide nasjonal plan for selvhjelp for rusavhengige og deres pårørende samt oppdatere veilederen Pårørende som ressurs for pårørende til personer med rusproblemer og en pårørendeguide om taushetsplikt. Det er også behov for å se pårørendetilbudene innenfor feltene psykisk helse og rus mer i sammenheng.

Nasjonal overdosestrategi

Det foreslås 10 mill. kroner til nasjonal overdosestrategi. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide en egen nasjonal strategi for reduksjon av overdoser i samarbeid med relevante instanser som bruker- og pårørendeorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten og kommunene. Midlene brukes til utarbeidelse av strategien og iverksetting av tiltak i regi av spesialisthelsetjenesten og kommunene. Målet er en årlig reduksjon i antall overdosedødsfall og strategien skal stimulere til utarbeidelse av flere lokale strategier for kommuner som har registrert overdosedødsfall. Strategien bør ha konkrete mål og tiltak på følgende områder: Ansvar for videreutvikling og koordinering av hjelpetiltakene og tydelig ansvars plassering ved risiko for overdosedødsfall, videreutvikle kompetanse blant særlig berørt personell som ambulans- og legevaktpersonell, forebygge overdose etter utskrivning fra institusjon, nødvendig informasjon og involvering fra pårørende og påvirke brukerkulturen (redusere injisering) og videreutvikle livreddende tiltak.

Etablering av ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

Den medisinskfaglige kompetansen på rusfeltet må styrkes, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det meldes om rekrutteringsproblemer og stor gjennomtrekk i eksisterende legestillinger i tverrfaglig spesialisert behandling. Helse- og omsorgsdepartementet vil opprette en egen legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. En medisinsk spesialitet vil styrke den medisinskfaglige kompetansen på rusområdet både innen spesialisthelsetjenesten og i kommunene og virke rekrutterende, samt stimulere til mer forskning på rusfeltet. Den nye spesialiteten skal knyttes tett opp mot spesialiteten i psykiatri og innrettes slik at den imøtekommer målene i samhandlingsreformen og rusavhengiges sammensatte sykdommer, der også brukermedvirkning vil være tatt hensyn til. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner til formålet.

Pårørende

I tråd med stortingsmeldingen skal det settes i gang to levekårsundersøkelser for barn med rusavhengige foreldre og voksne pårørende. Disse skal legges til grunn for videre tiltak. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til levekårsundersøkelser voksne pårørende over kap. 763, post 21. Det vises også til omtale på kap. 781.

Post 61 Kommunalt rusarbeid

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 20 mill. kroner flyttes fra post 61 til kap. 764, post 60 til rekruttering av kommunale psykologer
- 333 mill. kroner flyttes fra post 61 til kap. 571, post 60, innlemming av tilskudd i inntektssystemet til kommunesektoren

Formålet med bevilgningen har fram til nå vært å øke kapasiteten i det kommunale rusarbeidet. Ved behandlingen av kommuneproposisjonen for 2007 sluttet Stortinget seg til forslaget om å innlemme det øremerkede tilskuddet til kommunalt rusarbeid (kap. 763, post 61) fra 1. januar 2011. I 2010 besluttet regjeringen å forlenge virketiden til Opptrappingsplanen for rusfeltet ut 2012, og det ble besluttet å videreføre tilskudd til kommunalt rusarbeid ut Opptrappingsplanens planperiode. Regjeringen foreslår å innlemme størstedelen av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammetilskuddet til kommunene og deler av dagens midler omdisponeres til kompetansetiltak, samhandlingsmodeller og økt rekruttering av kommunale psykologer. Regjeringen foreslår å innlemme 333 mill. kroner av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammetilskuddet til kommunene fra 2013 (kap. 571 Kommunal- og regionaldepartementet).

Det foreslås å endre formålet med bevilgningen fra kapasitetsvekst til kompetansehevede tiltak og til utvikling av samhandlingsmodeller, jf. kapittelinnledningen til kap. 763.

Tilskudd til kommunalt rusarbeid – kapasitetsvekst

I 2011 mottok 297 kommuner i alt 407 mill. kroner i tilskudd. 57 av disse kommunene er nye tilskuddsmottakere. Til sammen 92 pst. av landets innbyggere bor i kommuner som mottar tilskudd til kommunalt rusarbeid. 133 kommuner mottar pr 2011 ikke tilskudd til kommunalt rusarbeid, og de fleste av disse er små kommuner.

Tilskuddsmidlene har gått til ulike tiltak som oppfølgingstjenester i bolig, lavterskel helsetiltak/skadereduserende tiltak, arbeidsrettede tiltak, oppsøkende/ambulante tjenester, tiltak spesielt rettet mot ungdom og unge voksne, rusakutt, støttekontakt/tillitspersonmodeller og ulike aktivitetstiltak. 5 mill. kroner ble tildelt sprøyterommet i Oslo kommune. Dette foreslås videreført i 2013.

Tilskuddsmidlene til kommunalt rusarbeid har i 2012 blitt forvaltet av Fylkesmannen. Helse- og omsorgsdepartementet har fordelt midlene til embetene i form av fylkesvise rammer med sikte på en gradvis overgang til en fordeling i tråd med inntekts-systemet for kommunene.

Helsedirektoratet har utviklet et eget rapporteringssystem hvor kommunene rapporterer på bruken av de øremerkede midlene på rusområdet, jf. rundskriv IS-8 Kommunalt rusarbeid, rapportering på kommunenes bruk av øremerkede midler og samlet innsats i rusarbeidet 2010. Rapporteringssystemet bidrar til å synliggjøre årsverksinnsatsen på feltet og baserer seg på anslag for årsverk brukt i alle aktuelle tjenester innen rusarbeid i kommunen. En tilsvarende oppsummering av kommunale data har vært i bruk innen psykisk helsearbeid i kommunene fra 2007 (IS-24). Erfaringene vil bli brukt i det videre arbeidet med å utvikle styringsdata og kvalitetsindikatorer.

Stimuleringstilskudd til videre-/etterutdanning i rusproblematikk

Formålet med ordningen er å stimulere kommuner, kriminalomsorg og politiet til å videre-/etterutdanne sine ansatte i rusproblematikk. Ordningen ble etablert som et tiltak i Opptrappingsplanen på rusfeltet. Det ble bevilget 10 mill. kroner i 2011 og 2012 til ordningen. Dagens bevilgning til etter- og videreutdanning foreslås videreført. Det foreslås videre omdisponert 15 mill. kroner til styrking av dagens tilskuddsordning. Tilskuddsordningen må ses i sammenheng med tilskudd til videreutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid, tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge og rusarbeid i kommunens førstelinje (kap. 764, post 21 og 60).

Fylkesmennene forvalter ordningen på grunnlag av Helsedirektoratets fylkesvise fordeling av tilskuddsrammen. Søknadsgrunnlaget i det enkelte fylke legges til grunn for den fylkesvise fordelingen av tilskuddsrammen. Det har vært størst interesse blant ansatte i kommuner for å søke tilskudd, mens interessen fra kriminalomsorg og politi har vært lav. Fordelingen mellom fylkene er svært ulik. Størst interesse for å søke tilskudd finner vi i Oslo og Akershus som står for 42 pst. av søknadene.

Tilskudd til utprøving av samhandlingsmodeller

Det foreslås å omdisponere 50 mill. kroner til utprøving av samhandlingsmodeller, i tråd med samhandlingsreformen. Et helhetlig tjenestetil-

bud er en forutsetning for å lykkes med samhandling, der de kommunale tjenestene utgjør bærebjelken og der spesialisthelsetjenesten skal være understøttende for de kommunale tjenestene. Det foreslås å opprette en egen tilskuddsordning til utvikling av samhandlingsmodeller som skal understøtte kommunene med utvikling av tverrfaglige arenaer med lett tilgjengelig og effektiv hjelp til mennesker med rusproblemer, f.eks. knyttet til et lokalmedisinsk senter, fastlegepraksis eller tiltak ved frisklivssentraler. En egnet bolig bidrar til forutsigbarhet og verdighet for den enkelte, samtidig som effekten av kommunal oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten blir mye bedre. Modeller for gode oppfølgingstjenester i bolig med overføringsverdi skal spres og gjøres tilgjengelig for kommunene, herunder for å sikre bedre oppfølging av utskrivningsklare pasienter. Tilskuddet må ses i sammenheng med tilskudd til samhandling på kap. 763, post 21 og storbytilskuddet på kap. 764, post 60.

Etterutdanning i bruk av tilbakehold og tvang overfor rusavhengige

Evalueringen av reglene om tvang overfor rusavhengige som omtales i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! viser at det er viktig å sikre en riktigere og mer ensartet bruk av tilbakehold og tvang. Det foreslås bevilget 6 mill. kroner til etterutdanning og opplæring av personell som fremmer saker om tilbakehold og tvang overfor rusavhengige.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

I Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! går det bl.a. fram at tjenester skal ytes som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten, og at en større andel av tjenestene skal leveres i kommunene, i tråd med samhandlingsreformen og at tilskuddsordningen til frivillig arbeid bør målrettes. Helse- og omsorgsdepartementet vil gå i dialog med berørte aktører for å sikre tettere samarbeid mellom ideell sektor og kommunene, jf. Meld. St. 30 (2011–2012).

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige og ideelle virksomheter, som driver oppfølging, omsorg og rehabilitering av personer med rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring. Selvhjelps- og interessegrupper og pårørendearbeid skal også støttes.

Formålet med bevilgningen er å støtte opp om innsatsen som utføres av frivillige og ideelle virksomheter overfor rusavhengige. Tiltakene det gis tilskudd til skal være et supplement til det offentlige tiltaksapparatet og bidra til styrking og sam-

ordning av samfunnets samlede innsats overfor målgruppene. Det blir lagt vekt på at virksomhetene kan dokumentere et samarbeid med kommunen, som har hovedansvaret for tjenester til personer med rusproblemer og har etablert et system for brukermedvirkning.

Tilskuddordningen ble evaluert i 2010. Evalueringen slo fast at tilskuddsordningen oppfyller målsettingen: Virksomhetene utfyller det offentlige tjenestetilbudet og ordningen har bidratt til å skape mangfold. Evalueringen reiser spørsmålet om tilskuddsordningen bør målrettes bedre gjennom å etablere ulike kriterier for støtte.

På bakgrunn av anbefalinger i evalueringen ble det fastsatt tre nye regelverk under ordningen i 2011. Det blir skilt tydeligere mellom driftsstøtte til institusjoner som yter døgnbehandling, organisasjoner som driver aktivitetstilbud, og bruker-, pårørende- og interesseorganisasjoner. Formålet med ordningen er imidlertid som tidligere, men de tre regelverkene skal forenkle søknadsbehandlingen og gjøre ordningen mer målrettet.

I 2011 ble det bevilget 165 mill. kroner til 103 tiltak. Tilskuddsmottakerne dekker hele tiltakskjeden. Økonomisk er tyngdepunktet på institusjonsbaserte tiltak, antallmessig dominerer tiltak som bidrar til økt sosial deltakelse, motivering og aktivitetstilbud. Virksomhetene som mottar støtte tilbyr bl.a. omsorgs- og døgnbaserte tjenester, individrettet bistand, møtesteder, gatenære tiltak, kvalifiserings- og nettverksarbeid og aktiviteter med sikte på økt sosial inkludering. Det ble også gitt støtte til brukerorganisasjoner og pårørendearbeid.

Det er i 2012 bevilget 170 mill. kroner til 106 tiltak. Det har vært nødvendig med en streng prioritering av søknadene, da søknadsinngangen er langt høyere enn disponibelt beløp. For 2012 er det mottatt 120 søknader som utgjør om lag 270 mill. kroner. På grunn av søknadsinngangen er det i liten grad mulig å gi tilskudd til nye prosjekter. Det har derfor blitt prioritert å videreføre tilskudd fra tidligere år.

Boligtiltak som WayBack, Fra kaos til A4, Livet for løslatte og Kirkens bymisjon Drammen prosjekter Fri og Friung, tilbyr bolig med tett oppfølging etter løslatelse fra fengsler. Dette er også tilbud som er gode supplement og bidrar til større mangfold overfor målgruppen. Det er derfor viktig å legge til rette for at tilskuddsordningen fungerer på en slik måte at den bygger opp under frivilligheten og gir muligheter til økt frivillig innsats.

I 2009 fikk Kirkens Bymisjon i Oslo i oppdrag å etablere et døgnåpent helse- og omsorgstilbud for de mest hjelpetrequende rusavhengige

(24sju). Det ble stilt 60 mill. kroner til rådighet over to år, og tiltaket ble videreført i 2011 og 2012. Formålet er bedre helse og sosial inkludering. Innenfor samme prosjekt er det også satt i gang et tiltak i Bergen. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Statens institutt for rusmiddelforskning oppdraget å evaluere prosjektet. Evalueringsrapporten publiseres høsten 2012. Tiltaket foreslås videreført for 2013. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere evalueringsrapporten i sammenheng med arbeidet med å målrette tilskuddsordningen, jf. Meld. St. 30 (2011–2012).

Opptrappingsplanen på rusfeltet (2007–2012) har gitt økt kapasitet i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Kvaliteten på det samlede arbeidet har økt. Det er viktig å utarbeide kvalitetskriterier for tiltakene under ordningen for å sikre at tilbud som har offentlig støtte gir kvalitativt gode tjenester til brukerne. Klarere føringer for målgrupper, type tiltak mv. som vil prioriteres, vil bli vurdert i forbindelse med utlysning av tilskuddsmidlene. Arbeidsrettede tiltak og aktivitetstilbud som er et supplement til ikke lovpålagte tjenester i kommunen skal fortsatt prioriteres.

Post 72 Kompetansesentra mv.

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 1 mill. kroner fra post 21 til post 72 knyttet til handlingsplan mot menneskehandel (2011–2014) Sammen mot menneskehandel – Lauras Hus
- 5 mill. kroner flyttes fra post 72 til kap. 780, post 50 knyttet til arbeidet med høgskole og universitetssosialkontor

Formål med tilskuddet er å bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet. Bevilgningen går til:

- regionale kompetansesentre for rusfeltet
- ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling
- tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel

Regionale kompetansesentre for rusfeltet

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal bistå kommunene og spesialisthelsetjenesten med kompetanse- og fagutvikling i rusforebyggende arbeid. De bidrar med kunnskapsstøtte til tjenestene, og i samarbeid med Fylkesmannen setter de i verk ulike kompetanseutviklingstiltak og bidrar til at kommunene

tar i bruk kunnskap som er basert på forskning og god praksis.

For 2012 er det bevilget om lag 131 mill. kroner til sentrene, over kap. 718 og kap. 763. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har en bred virksomhet. De bistår med etter- og videreutdanninger, kurs for å heve basiskompetanse f.eks. blant ansatte i Nav og særlig tilrettelagte kurs for grupper av ansatte i enkeltkommuner. Kommunene gis veiledning i utvikling av rusmiddelpolitiske handlingsplaner og det er tilbud om felles kompetansehevingstiltak for ansatte i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Et ledd i dette er implementering av nasjonale veiledere og faglige retningslinjer på rusfeltet. I de fleste fylker er det etablert regionale tverrfaglige rusfora. Hvert kompetansesenter har en betydelig informasjonsvirksomhet gjennom publikasjoner og nyhetsbrev, i tillegg samarbeider sentrene om utgivelse av tidsskriftet Rusfag. Sentrene samarbeider også om nasjonale nettbaserte tjenester som www.forebygging.no, www.kommunetorget.no og www.tidligintervensjon.no.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål ivaretar også nasjonale funksjoner på følgende spisskompetanseområder: spilleavhengighet, dobbeltdiagnose, oppsøkende sosialt arbeid blant ungdom, etniske minoriteter og rus, gravide rusavhengige og familier med små barn, kjønn og rus og foreldrerollen i rusforebyggende arbeid, arbeidsliv og rus og rusproblemer i familier med barn, rusproblematikk knyttet til ungdom og unge voksne, med vekt på tidlig intervensjon og rusforebyggende arbeid med skolen som basisarena.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har i 2011 hatt særlig fokus på følgende områder:

- Styrke og videreutvikle kompetanse og kvalitet i det kommunale rusarbeidet gjennom planforankring, langsiktighet og folkehelseperspektiv
- Styrke tidlig identifikasjon og intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatte barn, ungdom, unge voksne, voksne, gravide og eldre
- Bidra til at praktikere i større grad ser rus- og psykiske problemer i sammenheng
- Tiltak som bidrar til reduserte sosiale helseforskjeller og redusere stigma knyttet til rusmiddelbruk
- Bidra til at kommunene tar i bruk kunnskap og metoder som er basert på forskning og god praksis innen rusfeltet
- Tiltak som bidrar til helhetlige behandlingsforløp

- Bistå helsedirektoratet med å implementere nasjonale faglige veiledere og retningslinjer for rusfeltet.

En evaluering i 2011 viser at de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål er en viktig kompetansestøtte, spesielt for kommunene. Så vel kommunene som de øvrige samarbeidspartnere, uttrykker stor grad av tilfredshet ved virksomheten. Evalueringen peker på at forskningsinnsatsen varierer, og at den i hovedsak har vært knyttet til sentrenes spisskompetanseområder. Evalueringen viser at de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og Fylkesmannen har oversikt over eksisterende kompetanse og kompetansebehov i kommunene og utdanningstilbud i sin region. Det er etablert arenaer hvor kommunene og andre deler av fagfeltet møtes for å utvikle kompetanse, utveksle erfaringer og bygge nettverk.

Organiseringen av de sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal videreføres. Det er naturlig at noen av spisskompetanseområdene til sentrene blir en del av den nylig etablerte Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige (inkludert lar).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå alle kompetansesentrene som er organisert utenfor de regionale helseforetakene. Det er naturlig å se på de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål rolle og funksjoner i denne sammenheng. Se for øvrig omtale av oppdrag til direktoratene om å vurdere mulighetene for bedre samarbeid mellom kompetansemiljøene for psykisk helse, barnevern, rus og vold i region Sør-Øst under kap. 764, post. 72.

Ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling

Prosjektet Flink med folk i første rekke ble avsluttet i 2011. KS og Helsedirektoratet vil videreføre og videreutvikle prosjekterfaringene, i samsvar med intensjonene i Samhandlingsreformen, gjennom etableringen av et nytt samarbeidsprosjekt. Det foreslås å videreføre bevilgningen på 3 mill. kroner til formålet.

Prosjektet er ett av flere tiltak i avtalen mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalen er videreført til våren 2013. Partene tar sikte på å inngå en ny avtale. Ledelse vil fortsatt være et sentralt innsatsområde i en slik avtale.

Prosjektet høgskole- og universitetssosialkontor ble avsluttet i 2011. Ved Stortingets behand-

ling av revidert budsjett for 2012 (Meld. St. 2 (2011–2012), Innst. 375 S (2011–2012)) ble bevilgningen til prosjektet høgskole- og universitetssosialkontor flyttet til kap. 780, post 50. Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 780 Forskning, post 50 Norges Forskningsråd mv. til program for praksisrettet FOU for helse- og velferdstjenestene (PraksisVEL). For nærmere omtale se kap. 780, post 50.

Tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel

Formålet 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 2011 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 regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2011–2014) Sammen mot menneskehandel. Lauras Hus er et tiltak i handlingsplanen og bevilgningen knyttet til tiltaket flyttes til denne posten. Det vises også til en nærmere omtale av handlingsplanen i Prop. 1 S (2011–2012) fra Justis- og politidepartementet.

Bevilgningen på 6,7 mill. kroner har gått til kommuner og frivillige organisasjoner til etablering av et bredt og tilgjengelig helse- og omsorgstilbud til personer med prostitusjonserfaring og ofre for menneskehandel. I Trondheim samarbeider fengslet og Stavne Arbeid og Kompetanse om å gi et helhetlig rehabiliteringstilbud til mannlige innsatte med rusproblemer i tiltaket Modulen. Det er også etablert et Gjengangerprosjekt i samarbeid mellom Trondheim kommune, fengslet og politiet, som gjennom sitt arbeid kan vise til reduksjon i kriminaliteten blant gjengangere.

Tilskuddene til regjeringens handlingsplan mot menneskehandel foreslås videreført.

Kap. 764 Psykisk helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	69 679	85 061	89 118
60	Psykisk helsearbeid, <i>kan overføres</i>	194 641	205 600	226 179
72	Utviklingstiltak, <i>kan overføres</i>	396 307	368 594	377 758
73	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	116 465	112 906	107 482
	Sum kap. 0764	777 092	772 161	800 537

Det foreslås å styrke satsingen på rekruttering av psykologer i kommunene gjennom omdisponering av 20 mill. kroner fra kap. 763, post 61. Forslag om flytting av bevilgning mellom kapittel og post er omtalt under aktuell post.

Psykiske problemer eller lidelser kan ramme alle. Psykiske plager og psykiske lidelser kan være alt fra lettere depresjoner til alvorlige psykoser, og behovet for hjelp vil variere fra person til person. Psykiske lidelser oppstår i en vekselvirkning mellom arvelige faktorer, personlige egenskaper og miljømessige risiko- og beskyttelsesfaktorer. Mange arenaer på alle nivåer deler derfor ansvaret for å skape helsefremmende leve- og oppvekstvilkår som bidrar til en god psykisk helse i befolkningen.

Psykisk helse er en viktig dimensjon i folkehelsearbeidet. Psykiske helseproblemer kan forebygges gjennom brede befolkningsrettede tiltak som fremmer inkludering og deltagelse, og ved målrettede tiltak overfor sårbare grupper, eksempelvis gjennom kommunenes frisklivstilbud. God psykisk helse fremmes gjennom innsats på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

Mye av grunnlaget for god helse gjennom livsløpet legges i barne- og ungdomsårene. Psykiske lidelser oppstår ofte i ung alder, til dels allerede i barneårene. Folkehelsearbeid 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 deltagelse.

Noen ganger kan kriser som dødsfall og ulykker, eller vanskelige arbeids- eller familieforhold, bidra til sykdom. 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, gjerne i et lengre tidsrom, både fra kommunale tjenester og fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Kommunene og spesialisthelsetjenestene må derfor ha et differensiert tilbud både til voksne og barn og unge.

Om lag en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid en psykisk lidelse og/eller et rusproblem. Angst og depresjon er vanligst. Økt dødelighet, sykmeldinger og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykisk sykdom. Ny forskning viser at psykisk syke menn har 20 år kortere levetid enn den generelle befolkningen og at psykisk syke kvinner i gjennomsnitt dør 15 år tidligere. Psykiske problemer er en vesentlig årsak til at en stor andel av nærmere 700 000 personer i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet.

Psykiske lidelser er anslått å koste det norske samfunn omkring 70 mrd. kroner per år i 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 rusmiddelproblemer 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. En hovedoppgave de kommende årene er å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusmiddelproblemer for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet.

Hos barn og unge som rammes fører psykiske vansker og lidelser til mistrivsel, lærevansker og funksjonsproblemer i hjem og skole. Det anslås at til enhver tid har 15–20 pst. av barn mellom 3 og 18 år nedsatt funksjon pga. symptomer på psykiske lidelser. Undersøkelser tyder på at halvparten av disse, om lag 70 000 barn, vil ha behov for behandling fra kommunal tjeneste eller fra spesialisthelsetjenesten.

Forekomsten av aldersrelaterte psykiske lidelser vil øke som en konsekvens av en aldrende befolkning. Forekomsten av demens forventes å øke betydelig. Depresjon hos eldre utgjør et betydelig helseproblem. Depresjon er sterkt knyttet til svekket fysisk helse og redusert kognitiv funksjon.

Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern forutsettes å legge til rette for proses-

ser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser er i første rekke en utfordring for arbeidsliv, barnehage, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv. Tjenesteapparatet skal på sin side delta i og understøtte det forebyggende arbeidet, ved siden av behandlings- og støttefunksjoner.

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging i bolig, psykososial støtte og veiledning samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsearbeid utføres i helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer i kommunen. Kommunen skal i samsvar med den nye folkehelseloven ha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen, faktorer som påvirker den og over behovet for tiltak og tjenester.

Kommunene er sentrale for å lykkes med helhetlig behandling og oppfølging av personer med psykiske problemer. Et godt kommunalt psykisk helsearbeid bygger på bred tverrfaglig og tverrsektoriell tenkning. Kommunale tjenester til personer med psykiske problemer utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen. Arbeidet på feltet krever et sterkt fokus på samarbeid innad i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og med frivillig sektor. Det er viktig med godt samarbeid mellom fastlegen og det øvrige psykiske helsearbeidet i kommunen. Fastlegen har en sentral rolle i arbeidet med å forebygge, avdekke og følge opp personer med psykiske problemer. Det er derfor viktig at fastlegen har kunnskap om slike problemer og behandlingstiltak, herunder forsvarlig forskrivning av vanedannende medikamenter.

God tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester og kunnskap om psykiske lidelser hos sentrale tjenesteytere som fastleger, det øvrige psykiske helsearbeidet, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og annet helse- og omsorgspersonell er derfor en forutsetning for å kunne drive et effektivt helsearbeid på psykisk helsefeltet.

Oppfylging av grunnleggende materielle betingelser i form av et godt botilbud, et meningsfylt aktivitetstilbud, sosial tilhørighet og et inntektsgrunnlag som gjør at materielle behov kan ivaretas, er sentrale faktorer i arbeidet med å forebygge og behandle psykiske lidelser.

Psykisk helsevern for voksne består av desentraliserte spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske senter, DPS, mer spesialiserte sykehusavdelinger og privatpraktiserende avtalespesi-

alister. DPS vil normalt være første kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten og har et hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akutt situasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS skal gi spesialisert utredning og 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. For å ivareta dette må det finnes tilgjengelige akuttjenester. Sykehusavdelingene skal ivareta spissede funksjoner, som akutt- og sikkerhetsavdelinger, og enkelte andre spesialiserte oppgaver.

Det psykiske helsevernet for barn og unge legger hovedvekt på polikliniske funksjoner og samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet. Ved behov kan det gis tilbud om døgnbehandling.

Kapasiteten i tjenestene både for voksne og barn og unge er vesentlig styrket, slik at flere får behandling. Alle kommuner tilhører nå opptaksområdet til et distriktpsikiatriske senter og en barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk. Omstillingen av psykisk helsevern i tråd med målene i opptrappingsplanen er ikke fullført. Det psykiske helsevernet må fortsette arbeidet med å gjøre sine tjenester mer tilgjengelige for befolkningen, og innrette sin virksomhet slik at den kan understøtte kommunene i deres arbeid og hindre unødvendige henvisninger og innleggelse, dette også i tråd med samhandlingsreformen. Det er fortsatt behov for betydelig omstrukturering av tjenestene med vekt på en ressurs- og kompetansesmessig oppgradering av distriktpsikiatriske senter, slik at de blir i stand til å løse oppgavene som forutsatt. Akuttberedskap og utadrettet virksomhet må vektlegges mer og må basere seg på oppdatert kunnskap om hva som er virksomme tjenester.

For brukerne er det nødvendig at kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste fungerer som et helhetlig tilbud, hvor aktørene samarbeider tett. En moderne tjeneste forventes i vesentlig større grad enn tidligere å etablere utadrettede og åpne tilbud, slik at kompetansen blir lett tilgjenge-

lig for det kommunale tjenesteapparatet. Den pågående omstruktureringen av tjenesten innebærer at ressurser overføres fra sykehus til DPS og fra døgnavdelinger til poliklinikk og ambulante tjenester. Psykisk helsevern for barn og ungdom er også i utvikling og endring i retning av mer utadrettede tjenester, men har ikke samme omstrukturingsbehov som tjenesten for voksne.

WHO Europa og EU-kommisjonen gir begge tydelige og samstemte signaler vedrørende behov for økt prioritering av psykisk helse. I forlengelsen av Helsinkierklæringen (2005) har begge instanser tatt en rekke initiativ i form av konferanser, rapporter og fellessatsinger (joint actions). Norge deltar regelmessig i dette arbeidet, både på overordnet nivå og i relevante arbeidsgrupper. I 2012 har Norge bl.a. huset og finansiert WHO konsultasjonsmøte med deltagelse fra om lag 50 land i Europa om ny Europa-strategi og ny global handlingsplan på psykisk helseområdet. Hovedsignalene fra WHO og EU generelt er betydningen av satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak, psykisk helse inn i andre sektorer (arbeidsliv, skole, kulturliv mv.), et sterkere brukerperspektiv, lokalbaserte tjenester, også for alvorlig syke, deinstitusjonisering, vektlegging av menneskerettigheter og kampen mot stigma.

Rapportering for kommunal sektor

Helse- og omsorgsdepartementet har siden avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse i 2008 fulgt utviklingen i kommunenes innsats på psykisk helsefeltet. Kommunenes rapportering om psykisk helsearbeid for perioden 2007 til 2011 bygger på rapporteringsskjema som fylkesmenne innhenter fra kommunene. Sintef har sammenstilt datamaterialet for 2011 og analysert utviklingen fra 2007. Det tas forbehold om at datakvaliteten kan være svak og at endring i rapporteringsrutiner i enkeltkommuner kan gi utslag i totalt antall rapporterte årsverk. Rapporteringen er delvis overlappende med ordinære statistikker for helse- og omsorgstjenestene fra Statistisk sentralbyrå.

Tabell 4.22 Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid etter målgruppe og videreutdanning i psykisk helsearbeid

	2007	2008	2009	2010	2011
Totalt antall årsverk	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940 ¹
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326 ¹
Årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614 ¹
Andel årsverk voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)	34	34	36	37	38
Andel årsverk barn og unge med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)	19	22	23	24	25

¹ Tall for 2011 presentert i tabellen er basert på ukorrigerede rapporterte tall. Se omtale av reell endring som følger av avdekket rapporteringsavvik i løpetekst under.

Kilde: Tallene er basert på rapporteringsrundskrivene IS-24 for de respektive år.

Korrigert for rapporteringsavvik avdekket i et mindre antall kommuner viser den reelle endringen fra 2010 til 2011 en nedgang i antall årsverk for voksne på 0,2 pst., og en økning i antall årsverk for barn og unge på 0,4 pst. Tallene for andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid for både voksne og barn og unge viser en liten, men stabil økning over tid.

Departementet vil fortsatt følge utviklingen innen psykisk helsearbeid og gjennom landets fylkesmenn understreke betydningen av at resultatene oppnådd gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse videreføres. Samhandlingsreformen trådte i kraft fra og med 2012, med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. De økonomiske virkemidlene som er innført omfatter foreløpig ikke psykisk helse- og rusbehandling. Det er viktig å følge med på konsekvensene av virkemidlene i reformen, i tillegg til å sikre resultatene fra opptrappingsplanen. I Meld. St. 30 (2011–2012), varsler regjeringen en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter innen rusbehandling og psykisk helsevern, så snart det lar seg gjøre.

Hovedutfordringer og prioriterte områder

Psykisk helse har høy prioritet og de overordnede mål og verdigrunnlaget fra opptrappingsplanen for psykisk helse ligger fortsatt til grunn for regjeringens politikk. Forebyggende arbeid, tilrettelegging for selvstendighet, mestring av eget liv, tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, kvalitet, og arbeidsrettede tiltak vil stå som sentrale elementer i videre utvikling av tilbu-

det. Det vises til omtale av kvalitetsløftet for rus og psykisk helse under kap. 763.

Følgende anses å være de største utfordringene i årene som kommer:

- Forebygging og økt bevissthet om den psykiske helsens betydning på alle arenaer og sektorer
- Styrke tilbudet til mennesker som lider av angst og depresjoner
- En sterkere kommunal tjeneste, et tydelig kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid
- Kvalitet i tjenestene med vekt på bruker- og pårørendeperspektiv, trygghet for brukerne, tilgjengelighet og kompetanseheving
- Sikre at verdigrunnlaget for psykisk helsefeltet fra opptrappingsplanen 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 allmennfunksjoner til distriktpsykiatriske senter, 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
- En tydeligere innsats inn mot andre sektorer med stor betydning for målgruppen, herunder bolig, arbeid og skole

For å understøtte kommunene i deres videreføring og videreutvikling av feltet, bidrar statlige myndigheter med ulike tiltak, jf. post 21, 60, 72 og 73:

- Fylkesmannens rådgivere i psykisk helsearbeid bidrar med veiledning, oppfølging og kartlegging av det kommunale tjenestetilbudet
- Særskilt rapportering på utvikling av psykisk helsearbeid
- Videreutvikling av kvalitetsindikatorer
- Faglig veiledning og informasjon
- 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 høgscoleutdannet personell i psykososialt arbeid for barn og unge og en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid
- Midler til modellutprøving for psykologer i kommunene
- Midler til utvikling av modeller for samhandling mellom tjenestene
- Midler til utprøving av modell for raskere psykisk helsehjelp til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon

Det foreslås en aktivitetsvekst for hele spesialisthelsetjenesten for 2013 på vel 2 pst., jf. kap. 732. Denne veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering.

Kommunalt psykisk helsearbeid vil i hovedsak finansieres gjennom kommunes frie inntekter. Det vises her til omtale av den generelle kommuneøkonomien i 2013 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Bevilgninger til kunnskaps- og kompetansetiltak samt utviklingstiltak i tjenestene videreføres.

Psykososial oppfølging etter 22. juli 2011

Det ble i 2011 etablert et eget prosjekt i Helsedirektoratet for å bidra til den langsiktige psykososiale oppfølgingen av rammede og pårørende etter 22. juli 2011. Prosjektet har videreført sitt arbeid i 2012. Arbeidet har vært innrettet mot følgende hovedområder:

- Planlegging og gjennomføring av samlinger for de overlevende og etterlatte i både regjeringskvartalet og Utøya
- Faglig bistand og kompetanseoppbygging i både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester

- Forskning, overvåkning og oppfølging av svikt i tilbudet

Det ble ved Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011–2012) vedtatt å bevilge 18,5 mill. kroner for å dekke ekstrautgifter i 2012 i forbindelse med arbeidet.

Kommunenes oppfølging av rammede etter terroren

Kommunene har ansvar for å yte forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder psykososial rehabilitering. Helsedirektoratet har gjennom fylkesmennene fulgt kommunenes oppfølgingsarbeid, og bidratt med faglige råd og veiledning. Forberedelser og gjennomføring av rettsaken og minnemarkeringer har vært en sentral del av arbeidet. Fylkesmennenes rådgivere innen psykisk helse vil fortsatt ha en viktig rolle gjennom å følge med på og understøtte kommunenes langsiktige oppfølgingsarbeid etter 22. juli.

Det ble i september 2011 og mai 2012 gjennomført kartlegginger av kommunenes egen vurdering av oppfølgingen av de rammede etter 22. juli. I mai 2012 rapporterte 190 kommuner/bydeler og 18 fylkesmannsembeter inn totalt 1643 rammede. 1569 av totalt 1643 rammede hadde i følge rapporteringen fått tilbud om oppfølging. I tillegg hadde 1030 personer som ikke faller inn under Helsedirektoratets definisjon av rammede fått tilbud om hjelp. Om lag 90 pst. av de rammede som hadde fått tilbud om oppfølging, hadde kontaktpersoner i sine kommuner. I all hovedsak rapporterte kommunene om tilstrekkelig personellkapasitet og kompetanse, samtidig som det ble understreket at oppfølgingen av terrorofre hadde hatt konsekvenser for andre ordinære arbeidsoppgaver. Mange kommuner rapporterte om godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen av de rammede vil fortsette i 2013.

Det er i 2011 og 2012 bevilget hhv. 80 og 50 mill. kroner over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett knyttet til psykososial oppfølging i kommunene. Bevilgningen inngår som en særskilt ramme innenfor skjønnsmidlene, og er fordelt av fylkesmennene på bakgrunn av varslede behov fra kommunene. Fylkesmennene rapporterer at midlene gjennomgående er benyttet til ulike tiltak direkte knyttet til psykososial oppfølging av de rammede, kompetanseheving og forebyggings tiltak. Det vises til forslag om å videreføre bevilgningen til formålet over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett for 2013.

Samlinger for etterlatte etter Utøya og regjeringskvartalet

Helsedirektoratet har i samarbeid med Senter for Krisepsykologi, Modum Bad og AHUS Sorgstøtte arrangert tre nasjonale faglige samlinger over tre helger for etterlatte fra Utøya. For etterlatte fra regjeringskvartalet er det arrangert en kveldssamling og to helgesamlinger på Modum Bad. Målet med samlingene har vært å fremme likemannstøtte og å støtte oppunder de etterlattes sorgprosess i tråd med internasjonale erfaringer fra tidligere katastrofer. 63 av 69 familier har deltatt på en eller flere av samlingene for etterlatte etter Utøya. Evalueringene fra samlinger er meget positive, inntil 96 pst. av deltakerne rapporterer meget stor eller stor opplevd egen nytte. En fjerde og siste helgesamling for etterlatte fra Utøya er planlagt til første kvartal 2013.

Fylkesvise samlinger for overlevende etter Utøya og deres nære pårørende

Det er arrangert til sammen 18 fylkesvise dagsamlinger for overlevende fra Utøya og deres nære pårørende i samarbeid mellom Helsedirektoratet, de fem nasjonale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) / regionale kunnskapssentre for barn og unge (RKBU). Hovedtemaene for samlingene har vært støtte til ungdommenes skolehverdag og forberedelse for rettssaken. Likemannstøtte og kunnskap om mestringsstrategier har vært et viktig element i arbeidet. Samlingene er evaluert meget positivt av deltakerne. Erfaringer fra fylkesvise samlinger for overlevende fra Utøya og deres nære pårørende, nasjonale samlinger for etterlatte fra Utøya og regjeringskvartalet, samt tilbakemeldinger fra den Nasjonale støttegruppen etter 22. julihendelsene har synliggjort behovet for å sette fokus på familieperspektivet i den videre langsiktige oppfølging av de rammede og berørte. Evalueringene viser at likemannsstøtte, det å kunne dele erfaringer med andre i samme situasjon, har vært viktig for mange av deltakerne. Det er satt i gang et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet for å følge opp tilbakemeldingene. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging skal i 2012 og 2013 arbeide for å styrke kunnskapen om oppfølging av traumer innen familiepsykologi og familierapi. Prosjektet er et samarbeid mellom sentrene og landets 54 Familievernkontorer.

Kompetanseheving i tjenestene

De regionale ressursentrene har generelle kompetanseoppbyggings- og veiledningsoppgaver mot kommunenes ulike sektorer. De psykososiale kriseteamene har vært sentrale i ivaretagelse av de rammede etter 22. juli 2011. RVTS Nord har utarbeidet e-læringskurs Når krisen rammer – Å arbeide i psykososiale kriseteam, som skal gjøre kommunale kriseteam bedre i stand til å takle ulike type kriser og styrke den psykososiale oppfølgingen etter kriser, ulykker og katastrofer. Kurset implementeres nasjonalt i 2013.

Implementering av Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer fortsetter i 2013. Målet med implementeringsarbeidet er å styrke det psykososiale arbeidet som foregår i kommunene både i forhold til berørte av terroranslagene, men også i forhold til framtidige kriser, ulykker og katastrofer.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er den mest anbefalte terapimetoden for barn og unge som har vært utsatt for traumatiserende. TF-CBT har som mål å redusere vansker knyttet til de traumatiske hendelsene, og ved hjelp av metoden lærer barn og deres foreldre å gjenkjenne og håndtere dysfunksjonelle tanker, følelser og atferd relatert til traumehendelsen. Det er gitt oppdrag til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de fem RVTSene om nasjonal implementering av TF-CBT i psykisk helsevern for barn og unge. Arbeidet vil pågå i tidsperioden 2013–2014.

Forskning

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har satt i gang et tredelt forskningsprogram for å kartlegge de psykologiske konsekvensene av terroren for de rammede fra Utøya og Regjeringskvartalet og for befolkningen generelt. Forskningen vil gå over fire år og skal frambringe kunnskap om opplevelser og reaksjoner under og etter terrorangrepet, hvilken effekt den direkte eksponeringen har hatt for de rammedes psykiske og somatiske helse, funksjonsnivå og livskvalitet i et langsiktig perspektiv. Det vises til øvrig omtale av forskning under kap. 780.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 408, 8.mars 2012:

«Stortinget ber Regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre

og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene. «

Vedtaket ble truffet under Stortingets behandling av Innst. 207 S (2011–2012).

Helse- og omsorgsdepartementet har, på bakgrunn av Helsedirektoratets rapport etter terrorhendelsene 22. juli 2011 og 22. julkommisjonens rapport NOU 2012: 14, satt i verk en samlet oppfølging av læringspunkter for helse- og omsorgssektoren. Oppfølging av anmodningsvedtak nr. 408 vil bli sett i sammenheng med den samlede oppfølgingen.

Helsemyndighetene ga i etterkant av 22. juli føringer og råd til kommuner og helseforetak om psykososial oppfølging av overlevende og pårørende. Det ble bl.a. besluttet at ansatte i regjeringskvartalet skulle følges opp av bedriftshelse-tjenesten, og at andre berørte skulle følges opp i sine hjemkommuner. Det ble i tillegg anbefalt en proaktiv tilnærming, der alle rammede skulle kontaktes av en egen kontaktperson i kommunen. I forbindelse med helsemyndighetenes oppfølgingsarbeid skal føringene om å benytte en proaktiv tilnærming med kommunemodell og bedriftsmodell evalueres. Helse- og omsorgsdepartementet vil i denne forbindelse vurdere om ordningen med fast kontakt med ofre og pårørende i forbindelse med en krise bør utvides til å bli en generell ordning for kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet vil presentere status for oppfølgingen av tiltak og læringspunkter etter 22. juli-angrepene for Stortinget på en god måte. Det vises for øvrig til omtale av helsesektorens oppfølging av læringspunkter etter 22. juli under kap. 702.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 4,25 mill. kroner fra post 73, knyttet til barnehusene

Bevilgningen finansierer statlige driftsutgifter for videre utvikling og satsing på psykisk helse. Arbeidet med prioriterte satsinger videreføres, med følgende hovedområder:

- satsinger og handlingsplaner på vold- og traufeltet, herunder Barnehus, selvmordsforebygging, arbeidet med asylsøkeres og flyktningers psykiske helse, særskilte oppfølgingsstiltak etter 22. juli 2011 og videreutvikling av overgrepsmottak, jf. post 73

- utredningstiltak og utvikling av strategier, handlingsplaner og veiledere knyttet primært til kommunalt arbeid, barn og unge, og utvikling av lavterskeltilbud i kommunene for mennesker med angst og depresjoner
- informasjons- og holdningsarbeid, statistikk og evalueringer, jf. post 72
- evaluering av modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten, jf. post 60
- evaluering av ACT-modellen (aktivt oppsøkende behandling, Assertive Community Treatment)
- opplæringstiltak og nettverk for ACT-team og samhandlingsmodeller, jf. post 60
- tverrfaglig videreutdanning for høyskoleutdannet personell i psykososialt arbeid med barn og unge
- driftsbevilgning til Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Sør

Statistikkutvikling

Det pågår flere viktige arbeider for å følge med på utviklingen og skaffe økt kunnskap om helse- og omsorgstjenestene til personer med psykiske vansker og lidelser. Indikatorsettet som ble opprettet i 2009 er gjennomgått og sammenstilt i Rapport IRIS 2012/039 Indikatorer på psykisk helsefelt-trender og analyse. Indikatorene skal bl.a. benyttes til å følge med på utviklingen i tjenestene som har blitt styrket og bygget opp gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse. De viktigste indikatorene skal videreføres og løpende utvikles til å belyse status og utvikling innen psykisk helsefeltet. Arbeidet ses i sammenheng med utviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer, jf. omtale under kap. 781, post 21.

Helsedirektoratet skal følge og måle tjenesteutviklingen innen psykisk helse. Videreutvikling av kommunenes rapportering er en prioritert oppgave. Det pågår løpende arbeid med å utvikle bedre statistikk over psykisk helsearbeid i kommunene. Dette arbeidet skal ses i sammenheng med tilsvarende rapportering på rusfeltet. Målet er å få gode tall på tjenestemottakerne, bistands- og tjenestebehov, samt ressursbruk innen psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. For bedre tilgang og kvalitet i datamaterialet på området er det behov for å arbeide videre med aktuelle datakilder som Kostra, BrukerPlan, Helsedirektoratets særreporteringer, Iplos, indikatorarbeidet og brukererfaringsundersøkelser. Det vises for øvrig til omtale av arbeidet med Brukerplan under kap. 763.

Arbeidet med å bedre datakvaliteten innen psykisk helsevern videreføres.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Det er behov for å styrke kompetansen i kommunal sektor i arbeidet med barn og unges psykiske helse. Formålet med ordningen er å tilby en praksisnær videreutdanning for høgskoleutdannet personell i tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge. 14 høgskoler og universiteter over hele landet tilbød videreutdanning i 2011.

Antall høgskoler og universiteter som tilbyr oppstart av nytt kull i 2012 er redusert til 11. En anbuds konkurranse om å tilby videreutdanningen fra høsten 2013 vil bli lyst ut høsten 2012.

Det foreslås å bevilge 25 mill. kroner til formålet i 2013.

Verdensdagen for psykisk helse

Markering av Verdensdagen for psykisk helse skal bidra til økt oppmerksomhet, kunnskap og åpenhet om psykisk helse i befolkningen. Tema for Verdensdagen for psykisk helse 2012 er Vær med! Spre kunnskap og snakk sammen, og er rettet mot samhandlingsreformen og forebygging av psykiske plager og lidelser.

Verdensdagen for psykisk helse finansieres av Helsedirektoratet og er koordinert av Mental Helse Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen til formålet i 2013.

Post 60 Psykisk helsearbeid

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 6 mill. kroner til kap. 734, post 21, knyttet til pilotprosjektet utilregnelige lovbrøyttere
- 20 mill. kroner fra kap. 763, post 61, knyttet til økt rekruttering av psykologer i kommunene

Formål med bevilgningen er å bidra til utvikling og kvalitetsforbedring av psykisk helsearbeid i kommunene. For 2012 foreslås det bevilget midler til fire tiltaksområder:

- tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester
- rekruttering av psykologer i kommunene
- lønnstilskudd til kommuner
- tilbud til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon

Tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester

Formålet er å styrke tilbudet til brukere med store tjenestebehov, med vekt på mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer. Bedre samarbeid med rusfeltet og Nav er viktige fokusområder. Det er siden 2005 årlig bevilget over 50 mill. kroner til en storbysatsing i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. I tillegg er det bevilget 50 mill. kroner årlig til etablering av ACT-team og andre forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rusfeltet. Formål og målgruppe for tilskuddene er i stor grad overlappende og skal ses i sammenheng. Bevilgningen til formålet foreslås videreført i 2013 med til sammen 115 mill. kroner.

Tilskudd til ACT-team

Det ytes tilskudd til etablering og implementering av oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen (Assertive Community Treatment team), samt til utvikling av organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommune og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsefeltet. Det ble i 2011 gitt tilskudd til 14 ACT-team. Helsedirektoratet har lagt til rette for metodeopplæring, nettverkssamlinger og evaluering av satsingen. For å sikre en enhetlig, faglig forståelse ved gjennomføring av modellen er det også utarbeidet en ACT-håndbok som er gjort tilgjengelig for teamene og andre. Det er gjennomført felles opplæringsprogram for ansatte i teamene i regi av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene (Napha).

En nasjonal forskningsbasert evaluering av satsingen ble satt i gang i 2012. Foreløpige resultater viser at satsingen så langt treffer målgruppen, og at en enhetlig organisering av tilbudet til de mest sårbare pasientgruppene er hensiktsmessig. Datainnsamlingen skal ferdigstilles i 2014.

Videreføring av faglige nettverk, oppfølging av evalueringen samt formidling av resultater fra teamenes arbeid, vil være viktige satsingsområder i det videre arbeidet med å utvikle oppsøkende og ambulante behandlingsmodeller innen rus- og psykisk helsefeltet.

Tilskudd til organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak innen psykisk helsefeltet

I 2012 mottar til sammen 58 samhandlingsprosjekter støtte gjennom tilskuddsordningen. 11 prosjekter er nye i 2012, og ordningen omfatter til sammen 185 kommuner.

Det ferdigstilles i 2012 et erfaringshefte hvor gode modeller for samhandling presenteres. Modellene som velges ut til publikasjonen har ulikt fokus tilpasset lokale behov rundt om i landet. Temaer som vektlegges i heftet er; tidlig intervensjon og tilgjengelighet til tjenestene, helhetlige og sammenhengende tjenester, oppfølging på brukerens arena, samt kunnskapsdeling, kultur- og kompetanseutvikling mellom aktørene. Brukerperspektivet vil bli sterkt vektlagt. Arbeidet med å legge til rette for nettverks- og kompetanseutvikling skal videreføres i 2013. Utvikling av de kommunale tjenestene vil bli vektlagt i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Mestring av egen bosituasjon, sysselsetting og fysisk aktivitet er viktige målsetninger.

Storbysatsingen

Storbymidlene har siden 2005 vært opprettholdt som en egen satsing rettet mot de fire største byene, jf St.prp. nr. 1 (2004–2005). Formålet med bevilgningen er å styrke innsatsen overfor mennesker som ikke nås av hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad. Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusmiddelproblemer, og som ikke er fanget opp av hjelpeapparatet eller som ikke har fått adekvate tjenester.

Det er i 2012 bevilget 57,7 mill. kroner fordelt på 21 tiltak, hvorav to tiltak er nye i 2012. Flere av tiltakene retter seg mot bolig og oppfølgingstjenester i bolig. Et nytt tiltak i Trondheim innrettes etter metoden Housing First, og er et samarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital. Andre tiltak er innrettet som ambulante oppsøkende tjenester/team, som OBS-teamet i Stavanger.

Arbeidet med helhetlige tjenester til mennesker med sammensatte behov skal videreutvikles i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Helsedirektoratet vil fortsatt ha fokus på boligtiltak og oppfølging i bolig, oppsøkende behandling, gode samhandlingsmodeller mv.

Rekruttering av psykologer i kommunene

For å bidra til økt rekruttering og styrket kunnskap om psykologers roller og arbeid i kommunene ble tilskuddsordningen Modelforsøk, psykologer i kommunehelsetjenesten, opprettet i 2009. Tilskuddsordningen er styrket fra 20 mill. kroner i 2009 til 40 mill. kroner i 2012. Det ble i 2012 gitt tilskudd til 130 psykologer fordelt på 99 kommuner over hele landet. Psykologene er ansatt i tjenester som hhv. familiesenter, helsestasjon, skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, psykisk helsetjeneste eller som samlokalisert med fastlege. Ordningen har vært organisert som et treårig tilskudd til kommuner for ansettelse av psykolog innen en bestemt organisatorisk modell, med mulighet til å søke om forlengelse inntil evaluering av ordningen er avsluttet.

Arbeidsforskningsinstituttet har i samarbeid med Sintef evaluert modelforsøket. Analysen viser at kommunene i stor grad har lyktes i å rekruttere psykologer, og psykologenes arbeidsoppgaver omfatter både undervisnings- og veiledningsvirksomhet, klinisk virksomhet, systemrettet arbeid og samarbeid med andre aktører. Økt innslag av psykologkompetanse har skapt lavere terskel for psykologhjelp, økt grad av samarbeid mellom ulike kommunale tjenester og styrket fokuset på forebygging og tidlig intervensjon.

Målsettingen om at psykologkompetansen skal styrkes i de kommunale helse- og omsorgstjenestene videreføres. Det er et sentralt mål at psykologene bidrar til å styrke det samlede kommunale arbeidet på psykisk helsefeltet, herunder forebygging, tidlig intervensjon, og i forhold til arbeidet med mennesker med rusproblemer.

For å bidra til å sikre resultatene fra modelforsøket og å stimulere flere kommuner til å ansette psykolog, skal det fra 2013 opprettes et rekrutteringstilskudd til kommuner som ønsker å ansette psykolog. Tilskuddet vil innrettes slik at de sentrale målsettingene for psykologenes rolle og arbeid i kommunen understøttes. Kommuner som mottar tilskudd til modelforsøk etter dagens ordning vil få fullføre sin prosjektperiode etter gjeldende regelverk. Det foreslås at dagens bevilgning på 40 mill. kroner gradvis overføres til den nye ordningen. Samtidig foreslås det å styrke tilskuddet gjennom omprioritering av 20 mill. kroner fra kap. 763, post 61, slik at det samlet bevilges 60 mill. kroner til formålet i 2013.

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 viktig tiltak for å bidra til økt kompetanse. Formålet med ordningen er å stimulere kommuner og bydeler til å videreutdanne sitt personell i tverrfaglig psykisk helsearbeid og tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge.

Fylkesmennene forvalter ordningen på grunnlag av Helsedirektoratets fylkesvise fordeling av tilskuddsrammen. I 2011 ble det gitt lønnstilskudd til totalt 483 studenter, fordelt på 234 som tok barn- og ungeutdanningen og 249 som gikk på voksenutdanningen.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge ble etablert i 2007, og er viktig både for psykisk helse- og rusarbeid, samt voldsforebyggende arbeid. Tilskudd til personell som ønsker å gjennomføre videreutdanningen for barn og unge skal prioriteres.

Tilbud til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon

Det ble i 2012 bevilget 10 mill. kroner til et kommunalt forankret pilotprosjekt Rask psykisk helsehjelp. Målet med pilotprosjektet er å prøve ut en modell for å gjøre behandling for angst og depresjon lettere tilgjengelig i befolkningen. Det er i 2012 utviklet en opplæringspakke i kognitiv terapi tilpasset Rask Psykisk helsehjelp og det er lyst ut tilskuddsmidler til kommuner som ønsker å starte opp et slikt tilbud.

Prosjektet skal baseres på kognitiv terapi og veiledet selvhjelp basert på kognitiv terapi. Metoden har dokumentert positiv effekt på mild og moderat angst og depresjon. Rask psykisk helsehjelp skal være et kommunalt lavterskeltilbud for mennesker med lettere og moderate angst- og depresjonsvansker. Tilbudet skal være gratis for brukerne, gi direkte hjelp uten henvisning, og gis av kompetent personell.

Samarbeid med fastleger, frisklivssentraler, øvrige kommunale tjenester, DPS/øvrige spesialisthelsetjeneste, Nav og arbeidsgivere er en viktig forutsetning for å lykkes.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til pilotprosjektet med 10 mill. kroner i 2013.

Post 72 Utviklingstiltak

Formål 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 tilrettelegging for selvstendighet, mestring og det å kunne leve et mest mulig selvstendig liv i sitt nærmiljø som et sentralt mål. Kommunal sektor skal prioriteres.

Kompetansetiltak etter 22. juli 2011

De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging har fått utvidet ansvar knyttet til oppfølgingen av berørte etter terroraksjonene 22. juli 2011. Det vises til omtale av sentrene under kap. 764, post 73.

Senter for Krisepsykologi har vært en viktig bidragsyter til den psykososiale oppfølgingen av rammede og berørte etter 22. juli 2011. Senteret har samarbeidet med Helsedirektoratet om utforming av tilbud, veiledning og kompetansetiltak. En intensjonsavtale om samarbeid er inngått mellom Helsedirektoratet og senteret. Senterets rolle og tilknytning til etablerte offentlige kompetansemiljøer vil bli vurdert.

Brukerstyrking

Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser er avgjørende for den ønskede utviklingen av tjenestetilbudet. Arbeidet for å styrke og ivareta brukere og pårørende er et kontinuerlig arbeid. 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 er i 2012 bevilget 24,7 mill. kroner over tilskuddsordningen til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helsefeltet. Formålet med ordningen er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet slik at de kan fremme økt brukermedvirkning individuelt og på systemnivå, i utforming av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske problemer eller lidelser.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse er en viktig aktør i møtet mellom erfaringskompetanse og fagkunnskap. Senteret samler, systematiserer og formidler bruker- og

pårørendekunnskap og skal bidra til økt kvalitet i tjenestene innen psykisk helsefeltet. I 2012 har Nasjonalt senter for erfaringskompetanse for psykisk helse innlemmet rusområdet i sitt arbeid.

Det er etablert en egen nettside under helsenorge.no for pårørende til mennesker med rusavhengighet og psykiske problemer. Nettsidens formål er å styrke ivaretagelsen av pårørendes egne behov og utfordringer.

Det ble i statsbudsjettet 2012 bevilget totalt 42,7 mill. kroner som tilskudd til brukerorganisasjoner, drift av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, regionale brukerstyrte sentrene, Angstringen, Verktøykassa for brukermedvirkning, Arenaprogrammet og andre bruker- og pårørendetiltak. Etablerte tiltak på brukersfeltet foreslås videreført. Det foreslås bevilget 44,1 mill. kroner til bruker- og pårørendearbeid i 2013.

Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse arbeider for økt kunnskap og en helhetlig forståelse av psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering. En av kjerneoppgavene er å arbeide for økt samfunnspolitisk oppmerksomhet omkring helse-, omsorgs- og velferdsgoder til beste for mennesker med psykiske lidelser, og for deres pårørende. Rådet for psykisk helse gjennomfører opplysningsarbeid innen psykisk helsefeltet på en rekke ulike arenaer. Det foreslås å videreføre driftsstøtte til Rådet for psykisk helse i 2013.

Mental Helse Hjelpetelefonen

Hjelpetelefonen drives av Mental Helse Norge og er et landsdekkende og døgnåpent lavterskeltilbud. Hjelpetelefonen skal være en tilgjengelig tjeneste for mennesker som opplever at dialog med et medmenneske bidrar til mestring av egen livssituasjon. I tillegg til telefontjenesten driver Hjelpetelefonen netttjenesten sidetmedord.no og kameratstotte.no. [Kameratstotte.no](http://kameratstotte.no) drives i samarbeid med Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner og er i hovedsak driftet av Forsvarsdepartementet.

I 2011 besvarte telefontjenesten om lag 72 000 henvendelser. Dette er en økning på 15 pst. fra året før. Meldingstjenesten besvarte om lag 5200 henvendelser, som utgjør en økning på 6 pst. I tillegg til netttjenesten driver Hjelpetelefonen et forum der brukere har dialog med hverandre på nett. Dette forumet hadde om lag 6000 innlegg og 11 200 vennedialoger.

Hjelpetelefonen har vært i drift i 20 år. I forbindelse med jubileet er det gjennomført en brukerundersøkelse for å måle brukertilfredshet, synlighet og tilgjengelighet. Resultatene fra undersøkelsen vil bli brukt til å justere og forbedre tjenestene.

Det ble bevilget 15 mill. kroner i 2012. Det foreslås bevilget 15,5 mill. kroner i 2013.

Selvhjelp

Selvorganisert selvhjelp er et viktig supplement for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse. Målet med bevilgningen er å gjøre selvorganisert selvhjelp som metode tilgjengelig for flere og å fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp.

I 2011 ble det gjennomført en nasjonal informasjonskampanje for økt allmennkunnskap om selvorganisert selvhjelp. Selvhjelp Norge utgir et elektronisk nyhetsbrev som har om lag 12 000 mottakere, blant dem kommuner, Nav, høyskoler, arbeidslivets organisasjoner, bedriftshelsetjenester, fylker, helseforetak, frivillige organisasjoner, politikere og enkeltpersoner. Forskning på selvorganisert selvhjelp er viktig i arbeidet for å videreutvikle feltet. I 2011 mottok Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) i samarbeid med Diakonhjemmets høyskole og Høgskolen i Oslo midler til forskning. NIBR-rapporten Etablering og igangsetting av selvhjelpsgrupper ble gitt ut i mars 2012 og dokumenterer erfaringer fra etablering og igangsetting av selvhjelpsgrupper i Vestfold.

I 2012 er den desentraliserte strukturen fullt utbygd med sju distriktskontorer. Interessen for selvorganisert selvhjelp er økende. Modellen med distriktskontorer skal evalueres i 2013.

Det ble bevilget 13,5 mill. kroner til formålet i 2012. Det foreslås bevilget 14 mill. kroner i 2013. Bevilgningen må sees i sammenheng med bevilgninger til rusfeltet under kap.763.

Kompetansetiltak og ledelsesprogram, psykisk helse og rus

Prosjektet Flink med folk i første rekke ble avsluttet i 2011. KS og Helsedirektoratet viderefører og videreutvikler prosjekterfaringene, i samsvar med intensjonene i samhandlingsreformen, gjennom etableringen av et nytt samarbeidsprosjekt. Det foreslås å videreføre bevilgningen på 3 mill. kroner til formålet. Prosjektet er ett av flere tiltak i avtalen mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenester.

tene. Avtalen er videreført til våren 2013. Partene tar sikte på å inngå en ny avtale. Ledelse vil fortsatt være et sentralt innsatsområde i en slik avtale.

Stimuleringstiltak for psykologer

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Dobbelkompetanse i psykologi er etablert for å bedre tilgangen på kompetente søkere til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helsevesenet som krever eller har behov for dobbelkompetanse. Prosjektet omfatter et utdanningsløp for 28 stipendiater/ spesialistkandidater.

Prosjektet evalueres av Nifu Step. Evalueringen ferdigstilles i 2014.

Institutter og foreninger

Formålet med tilskuddsordningen er å sikre tilgang på kvalifisert personell i psykisk helsevern og relevante kommunale tjenester gjennom etter- og videretutanningstiltak. En rekke foreninger og institusjoner mottok støtte til utdanninger i 2011. Flere av disse er godkjent som vesentlige deler av leger og psykologers spesialistutdanning i psykiatri og klinisk psykologi.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå de private instituttene og foreningenes rolle i videre- og etterutdanningstilbudet. Det er i 2012 gjennomført en analyse av tilskuddsordningen, og det er satt i gang et arbeid for å målrette ordningen gjennom tydeligere faglige føringer og kvalitetskrav. Arbeidet skal ferdigstilles i 2013.

Samordnet innsats for barn og unges psykiske helse

Innsatsen for barn og unges psykiske helse skal forankres i en strategi som vil omfatte aktører på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Strategiens primære mål er å fremme barn og unges psykiske helse, forebygge psykiske vansker og lidelser hos barn, unge og deres familier, og gi hjelp til de som står i fare for eller allerede har utviklet psykiske vansker. Strategien skal ta utgangspunkt i barn, unge og familiers behov for støtte og hjelp til å mestre dagliglivet, og skal ha fokus på forebygging og lokalbaserte tiltak. Arbeidet med strategi for barn og unges psykiske helse skal bygge på intensjonene i St.meld. nr. 47 (2008–2009) og samhandlingsreformen, og ha fokus på å utvikle modeller for bedre samarbeid på tvers av nivåer og innad i kommunen. Som en del av strategien for barn og unges psykisk helse hører Kunnskapsdepartementets satsing for å forebygge fra-

fall i skolen (Ny GIV), satsingen på psykisk helse i skolen, og arbeidet med Manifest mot mobbing.

Det er etablert samarbeid med berørte departementer og direktorater gjennom en egen arbeidsgruppe. Kunnskapsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Justisdepartementet, Politidirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Husbanken og Helsedirektoratet deltar i arbeidsgruppen.

Psykisk helse i skolen

Skolen er en sentral arena for å forebygge psykisk helseproblemer hos barn og unge. Den nasjonale forebyggende satsingen Psykisk helse i skolen (Phis) har pågått siden 2004, med overordnet målsetting å bidra til at psykisk helse som tema ble dekket i skolen. Satsingen har vært viktig for å nå målsetningen om at alle sektorer tar ansvar for å bidra til å styrke befolkningens psykiske helse. Satsingen består av seks programmer av ulik form, varighet og målgruppe.

I 2011 ble det satt i gang et utviklingsarbeid om psykisk helse i skolen i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, regionsentrene for barn og unges psykiske helse, regionale kompetansesenter for barn og unge og programeiere i Psykisk helse i skolen, relevante organisasjoner i ideell sektor samt annet forsknings- og kompetansemiljø. Samarbeidet om utvikling av det kunnskapsbaserte grunnlaget for arbeidet med psykisk helse i skolen har vært videreført i 2012, parallelt med videreføring av driftsstøtte til den etablerte programvirksomheten.

Kunnskapsdepartementets satsing Bedre læringsmiljø (2009–2014) har som overordnet mål at alle elever opplever et godt og inkluderende læringsmiljø som fremmer trygghet, helse, trivsel og læring. Psykisk helse er en viktig komponent. I 2013 skal satsingen Psykisk helse i skolen videreutvikles, med mål om en sterkere forankring innen det ordinære skolesystemet. Det er et mål at satsingen skal bidra til å styrke skolens egne strukturer og kompetansen hos lokal skoleledelse, lærere og elever. De ideelle organisasjonene spiller en viktig rolle i dette arbeidet. De gode erfaringene fra dagens ordning skal tas med i arbeidet med å videreutvikle tilbudet i regi av dagens programeiere. Helsedirektoratet skal samarbeide med programeierne om videreutvikling for å oppnå best mulig kvalitet og dekning av tilbudet. Det foreslås å videreføre støtte til programdrift i regi av dagens programeiere. Det foreslås å

videreføre bevilgningen på 17 mill. kroner til satsingen i 2013.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
Sentrene skal vektlegge kunnskaps- og kompetanseutvikling som bidrar til helsefremming, forebygging og behandling i arbeidet med barn og unges psykiske helse, samt arbeidet i barnevernet. For å imøtekomme kommunenes kompetansebehov har sentrene utarbeidet utdanningstilbud spesielt rettet mot ansatte i kommunen. Sentrene har et omfattende samarbeid med ulike fag- og kompetansmiljøer i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert samarbeid med landets fylkesmenn og den oppsøkende virksomheten mot kommunene er styrket gjennom egne ansatte som jobber direkte mot kommunen. Regionsentrene deltar i tverrfaglige utviklingsprosjekter og i utviklingen av lavterskeltiltak med kommunepsykologer. Brukermedvirkning er tema i utdanningene til regionsentrene.

Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet samarbeider om sammenslåing av regionsentre for barn og unges psykiske helse og barnevernets utviklingssentre. Sammenslåingen skal styrke den tverrfaglige kompetansen i tjenestene, og bedre tverrsektorielt samarbeid. Målet er felles regionalt forsknings-, kompetanse- og utviklingssenter i den enkelte region som kan ivareta temaer knyttet til barn og unges utvikling og deres tjenestebehov. Sentrene skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskapelig og praksisnær tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeidet med barn og unges psykiske helse og barnevern, samt bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig.

Fra 2011 er regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) og barnevernets utviklingssenter (BUS) både i region nord og region vest fusjonert. De har fått navnet Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU), psykisk helse og barnevern.

I løpet av 2012 vil det skje en fusjonering av sentrene i region Midt-Norge. Det er i region øst og sør satt i gang en utredning av framtidig samarbeid og organisering.

Regionsentrene skal fortsatt ha fokus på kommunene og det forebyggende perspektivet i kompetanseheving, forskning og formidling. Sentrene skal bistå i etableringen av gode kommunale tjenester for barn og unge. Dette må baseres på kunnskapsbaserte metoder og samordning mellom tjenestene, i samarbeid med Fylkesmennene

og de øvrige kompetansmiljøene. Kommunene bør få kompetanse i kunnskapsbaserte tiltak og verktøy for å kunne drive lavterskelbehandling av lette og moderate tilstander. Det er viktig å bygge opp kompetanse som fremmer tverretattlig samarbeid og samordning for i oppfølgingen av barn og unge. Sentrene bør bidra til utdanningstiltak med metodikk som kvalifiserer til direkte psykisk helsearbeid. Opplæringen må foregå i nært samarbeid med praksisfeltet. Utvikling av kompetanse på brukermedvirkning skal fortsatt prioriteres.

Et tettere samarbeid mellom de ulike kompetansmiljøene på psykisk helse og rus er under utvikling.

Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Hovedoppgaven for senteret er å bidra til styrkingen av kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet i kommunene. I dette arbeidet skal senteret vektlegge sammenhengen mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet. Senteret mottar driftsbevilgning og oppdragsbrev fra Helsedirektoratet. Det ble i 2012 bevilget 19,8 mill. kroner til senteret. Hovedsatsningsområder er bl.a.:

- Innsamling, systematisering/oppsummering og dokumentasjon av kunnskap om psykisk helsearbeid i kommunene
- Formidling og kunnskapsoverføring mellom kommuner, med særlig vekt på kommunene.
- Bidra til gjensidig samordning mellom ulike fag- og kompetansmiljøer på området og etablering av samarbeid med andre kompetansmiljøer

I 2011 har senteret arbeidet med videreutvikling av kommunale kompetansenettverk, en nettbasert kunnskapsbase for psykisk helsearbeid, opplæringstilbud i etablering, ledelse og arbeid i ACT-team, samt nettverk for disse. Senteret har i 2011 og 2012 hatt fokus på arbeid, psykisk helse og rus. Den nettbaserte kunnskapsbasen for psykisk helsearbeid etablert i 2010 er videreutviklet i 2012, og er nå en sentral kilde for systematisering/oppsummering og dokumentasjon av kunnskap om psykisk helsearbeid i kommunene. Senteret bistår Helsedirektoratet i arbeidet med viktige utviklingsoppgaver innen psykisk helsefeltet.

Arbeid og arbeidsrettede tiltak

Regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012) skal bidra til at flere mennesker med psykiske helseproblemer og rusproblemer

bruker sine ressurser i arbeidslivet, og at tjenester og tiltak er lagt til rette for dette. Gjennom strategien er det satt i verk en rekke tiltak, som f.eks. metodeutvikling og effektforskning. Det er i 2012 tildelt i alt 261 mill. kroner til tiltak i strategien, hvorav 231 mill. kroner over Arbeidsdepartementets budsjett og 30 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Tiltak over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett er bl.a. rettet mot Jobbmestrende oppfølging, Individuell Jobbstøtte og lavterskel arbeidsrettede tiltak.

Tiltaket Jobbmestrende oppfølging er rettet mot personer med alvorlige psykiske lidelser. Tiltaket er under evaluering, og resultater vil foreligge i 2013 og 2014. I 2012 er det satt i gang systematisk pilotutprøving av Individuell Jobbstøtte (IPS) og videreutvikling av lavterskeltilbud for personer med lettere psykiske vansker og eller rusproblemer basert på prinsippene for IPS. I samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet tilbys felles kompetansehevingstilbud knyttet til individuell jobbstøtte i pilotprosjektene. Dette omfatter også andre satsinger og tiltak hvor arbeidsrehabilitering inngår som en del av tilbudet, f.eks. Jobbmestrende oppfølging, oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen, organisatorisk forpliktende samarbeidsprosjekter og Senter for Jobbmestring. Det er fordelt midler til lavterskel arbeidsrettede brukertiltak, herunder Fontenehus. Gjennom deltakelse i den arbeidsorienterte hverdagen på Fontenehuset skal den enkelte få mulighet til å utføre praktiske gjøremål, ta ansvar og delta i et sosialt fellesskap. I 2012 er det åtte Fontenehus i Norge. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Napha, har foretatt en gjennomgang av Fontenehusarbeidet i Norge. Undersøkelsen viser bl.a. at mange brukere er meget fornøyde med tilbudet Fontenehusene gir. Tilskuddsordningen til Fontenehus videreføres i 2013.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har oppsummert sine erfaringer knyttet til gjennomføringen av strategiplanen. I oppsummeringen vises det bl.a. til at en viktig del av innsatsen har vært knyttet til samarbeid og samordning av bistand innenfor arbeids- og velferdssektoren og helse- og omsorgssektoren. Napha vil gjennomføre en ekstern oppsummering av planen innen sommeren 2013.

Strategiplanen sluttføres ved utgangen av 2012 og ressursene knyttet til Nasjonal strategiplan for arbeid og psykiske helse (2007–2012) videreføres. Det foreslås å videreføre bevilgningen over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett med 31 mill. kroner i 2013. Det forutsettes et fortsatt for-

pliktende samarbeid mellom arbeids- og velferdssektoren og helse- og omsorgssektoren på feltet.

Tiltak vedrørende arbeid og psykisk helse må ses i sammenheng med avtalen om Inkluderende arbeidsliv, Jobbstrategien for personer med ned-satt funksjonsevne og Meld. St. 30 (2012–2013) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Det vises også til omtale i Arbeidsdepartementets budsjettproposisjon.

Bevilgningen til igangsatte prosjekter i regi av følgende mottakere under tilskuddsordningen Stimulering til videreutvikling og spredning av jobbmestrende metode/modell: Arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelse forslås videreført:

- Oslo universitetssykehus
- Helse Nord-Trøndelag (Namsos sykehus og Levanger sykehus)
- Sykehuset Innlandet v/Gjøvik DPS, poliklinikk Hadeland
- Vestre Viken HF v/Drammen psykiatriske senter
- Telemark sykehus v/Porsgrunn og Skien DPS
- Sykehuset Sørlandet v/Solvang DPS og Dia-konhjemmet sykehus
- Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

Post 73 Vold og traumatisk stress

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 1,1 mill. kroner fra kap. 769, post 70, knyttet til kontakttelefonen for eldre utsatt for vold
- 4,25 mill. kroner til post 21, knyttet til barnehusene
- 6 mill. kroner til kap. 762, post 70, knyttet til tilskudd til Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse

Helsekonsekvensene av å bli utsatt for vold og traumatisk stress er grundig dokumentert gjennom nasjonal og internasjonal forskning. Formålet med posten er å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i ulike deler av tjenesteapparatet i forhold til forebygging av vold, traumatisk stress og selvmord/selvskadning samt behandling av allerede oppståtte skader hos de rammede. Kompetansetiltak i forhold til voldsutøvere og overgripere er inkludert. Posten omfatter også midler til forskning på feltet. Noen sårbare grupper som barn og ungdom, torturoffer og krigsutsatte og eldre i utsatte livssituasjoner blir omtalt spesielt. Det vises til post 21 og post 72 hvor flere utrednings- og kompetansetiltak er finansiert.

Nasjonal forskning og kompetanseutvikling

Nasjonal forskning og kompetanseutvikling på vold- og traumeområdet skjer i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, samt ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin som bl.a. ivaretar forskning med relevans til overgrepsmottakene. Kunnskapssenteret 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.

Det er satt i gang et samarbeidsprosjekt mellom UDI og Helsedirektoratet om utvikling av et kursopplegg for ansatte i asylmottak. NKVTS skal ferdigstille og pilotere opplæringspakken i løpet av 2012

Senteret har i 2011 hatt bred nasjonal og internasjonal formidlingsaktivitet gjennom publiseringer, mediekontakt og nett, undervisning, seminarer og konferanser. Det er satt i gang eller gjennomført et stort antall forsknings- og utviklingsprosjekter.

Terrorhandlingene som rammet Norge 22. juli 2011 har preget senterets virksomhet i stor grad og bidratt til kapasitetsutfordringer. Kunnskapssenteret har også fått ansvar for et program om psykotraumatologisk forskning etter 22. juli 2011, og er sentral i forhold til tiltak i flere nasjonale handlingsplaner. Det er utviklet en veileder for avdekking av barnemishandling/ vold mot barn. Senteret har utviklet en internasjonal strategi og fungerte som sekretariat for et møte for WHO European national focal points for violence prevention. I tillegg har NKVTS deltatt i et EØS-samarbeid med Slovakia og Estland.

Grunnbevilgningen til NKVTS over kap. 764 videreføres i 2013 med 28,5 mill. kroner.

Regional kompetanse på vold, traumer og selvmordsforebygging

Den regionale kompetansen på vold, traumer og selvmordsforebygging forvaltes i hovedsak av de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) etablert i perioden 2006–2008. Sentrene bistår det utøvende, intersektorielle praksisfeltet gjennom kompetansebygging, veiledning og informasjon. Målet er å bidra til økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionen.

Sentrene prioriterte i 2011 og 2012 den psykososiale oppfølgingen av berørte etter terroraksjonene 22. juli. Sentrene har i perioden bidratt til implementering av den nye nasjonale veilederen for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer og bistått i implementeringen av kartleggingsskjema for funksjonsbedømming hos de rammede.

Ressursentrene har også hatt viktige oppgaver hjemlet i en rekke interdepartementale handlingsplaner knyttet til vold og traumeproblematikk. Kunnskaps- og kompetanseutvikling i tjenesteapparatet for bedre behandling og oppfølging av flyktninger/asylsøkere og andre traumatiserte har fortsatt. Arbeidet med implementering i tjenesteapparatet av sinnemestringsprogrammet er videreført. De regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging deltar i 2012 i samarbeid med kompetansenettverk for satsing rettet mot barn av foreldre med psykiske vansker/rusmiddel- og voldsproblematikk. Sentrene vil delta i implementering i kommunene av opplæringsprogram for tidlig identifisering og intervensjon ved psykiske vansker, rusmiddelavhengighet eller vold i nære relasjoner. Sentrene skal bidra også i 2013 til at flere kommuner utarbeider handlingsplan om vold i nære relasjoner. Samarbeid med fylkesmennene vil være sentralt i dette arbeidet. Sentrene har oppdrag knyttet til særskilte voldstemaer som kjønnslemlestelse og tvangsekteskap.

Både det nasjonale og de regionale miljøene rapporterer om økt etterspørsel etter deres kompetanse.

Samarbeidet mellom det nasjonale og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging skal styrkes ytterligere, og det legges opp til mer konkret samarbeid på flere områder, bl.a. implementering av traumefokusert behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, arbeid rettet mot FN-/Nato-veteraner, arbeid knyttet til vold mot eldre samt opplæring av ansatte på asylmottak.

Det er fortsatt store behov for mer kunnskap om vold og traumatisk stress både i primær- og spesialisthelsetjenester. Følgende områder utpeker seg som spesielle utfordringsområder:

- avdekking og oppfølging av barn utsatt for vold og overgrep
- psykososiale tiltak for enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere
- eldre utsatt for vold, omsorgssvikt og overgrep

Et viktig mål er å gjøre opplæringsmaterieell tilgjengelig gjennom nettbaserte løsninger.

Grunnbevilgningen til de fire sentrene som dekkes over post 73 foreslås videreført i 2013 med 54,5 mill. kroner. Det femte senteret finansieres over post 21. Sentrenes arbeid mot kjønnslemlestelse finansieres over kap. 762, post 70.

Vold i nære relasjoner

Justisdepartementet koordinerer regjeringens satsing på området vold i nære relasjoner. Det er laget en ny Handlingsplan om vold i nære relasjoner som gjelder for 2012. Nasjonalt kunnskaps-senter for vold og traumatisk stress har ansvar for flere tiltak i handlingsplanen. Det er utarbeidet en veileder for kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. De regionale ressursentrene har også oppgaver knyttet til planen. I handlingsplanen inngår tiltak knyttet til overgrepsmottakene, som gir akutt hjelp til personer utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Det vises til omtale av mottakene under kap.762.

Det vil bli fremmet en Stortingsmelding om vold i nære relasjoner. Meldingen skal etterfølges med en handlingsplan for perioden 2013-2016.

Forebygging av selvmord og selvskading

Rundt 150 kvinner og i underkant av 400 menn tar sitt liv hvert år i Norge, et tall som har holdt seg stabilt de siste årene. Selvmord og selvskading er store samfunnsutfordringer som i tillegg til enkeltmennesker berører mange arenaer og sektorer. Det prioriterte målet er å få ned selvmordsratene samt å redusere selvskading som ofte er en viktig indikator i forhold til selvmordsatferd. Helsedirektoratet utarbeider forslag til en handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading. Denne skal utarbeides i løpet av 2012 og være gjeldende fra 2013.

Veilederen Etter selvmordet, Veileder om iverretakelse av etterlatte ved selvmord, ble lansert i 2012. Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har fått midler og oppdrag med å bistå kommunene i deres arbeid med å implementere veilederen.

RVTSene har egne selvmordsforebyggende team som skal bistå tjenesteapparatet med undervisning, veiledning og konsultasjon i sin region; til undervisningsprogrammet VIVAT, som er et tilbud for førstelinjen som gir grunnleggende kompetanse i risikovurdering av selvmord. Programmet ble i 2008 etablert som en permanent organisasjon med landsdekkende funksjon forankret ved RVTS Nord. VIVAT samarbeider med landets

øvrige RVTSer. Implementeringen av nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern (2008) har fortsatt.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) skal utvikle, vedlikeholde og spre ny kunnskap om forekomsten av, og årsaks- og risikofaktorer for, suicidal adferd for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge. Foreningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) får midler av Helsedirektoratet og har fokus på støtte, omsorg og informasjon for etterlatte etter selvmord, jf. post 72.

Vold mot eldre

WHO's rapport European report on preventing elder maltreatment fra 2011 viser at eldre bør defineres som en sårbar gruppe. Dette gjelder spesielt de i eldste aldersgrupper og personer med kognitive og/eller fysiske funksjonsproblemer. De studier som foreligger viser at de færreste som utsettes for overgrep, oppsøker hjelpeapparatet. Det gjelder både de som har vært utsatt for overgrep som medførte fysiske og andre skader, og det gjelder begge kjønn. Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress har fått i oppdrag å sette i gang mer omfattende forskning på dette temaet i 2011. Det er i 2011–2012 gjennomført en dybdestudie om vold og overgrep mot eldre i Norge som adresserer hjelpesøkeratferd. Studien skal danne grunnlaget for vurdering av behovet for en mer omfattende omfangsundersøkelse.

Det er viktig å se omsorgssvikt og vold mot eldre og de psykiske helsekonsekvensene i sammenheng. Personer over 60 år sto for 23 pst. av alle selvmord i Norge i 2007, selv om de kun representerte 13 pst. av befolkningen. Årlig tar mellom 100–120 eldre sitt liv, og selvmordsforsøk i denne gruppen ender oftere med selvmord enn selvmordsforsøk blant yngre. Flere samtidige risikofaktorer som funksjonssvikt, sosial isolasjon og mangel på nære omsorgspersoner vil kunne representere en kumulativ sårbarhet som på sikt kan ramme en betydelig del av befolkningen. Det er behov for økt kompetanse for både å identifisere og å intervensere ved omsorgssvikt/vold mot eldre.

Landsdekkende kontakttelefon for eldre utsatt for vold

Formålet med kontakttelefonen er å gi et landsdekkende tilbud for støtte, informasjon, råd og veiledning til voldsutsatte eldre, til pårørende og til ansatte i offentlig hjelpeapparat, og dessuten

bidra til at problemområdet vold mot eldre synliggjøres. Tilbudet foreslås videreført i 2013.

Barnehusene

Barnehusene skal gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at bl.a. 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. De Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har særlig ansvar for å bygge opp kompetanse på området og formidle kunnskap til tjenesteapparatet. De første barnehusene ble etablert i Bergen og Hamar i 2007. I 2008 åpnet Barnehuset Kristiansand og i løpet av 2009 ble barnehusene i Trondheim, Tromsø og Oslo åpnet. I 2010 ble det sjuende barnehuset etablert i Stavanger. I 2012 etableres det nytt Barnehus i Ålesund. Arbeidet med barnehusene er et tverrdepartementalt samarbeid som ledes av Justisdepartementet. Barnehusene er evaluert i 2012. Bevilgningen foreslås flyttet til post 21 fra 2013.

Helsetjenester til FN- og Nato-veteraner

Helsetjenesten har ansvar for å yte tjenester til veteraner fra internasjonale operasjoner på lik linje med befolkningen ellers. Samtidig har helse-tjenesten og Forsvaret et overlappende ansvar for dem som faller inn under bestemmelsene i forsvarspersonelloven. Som oppfølging av St.meld. nr. 34 (2008–2009) Fra vernepliktig til veteran, om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner, ble det i 2011 utarbeidet en interdepartemental handlingsplan I tjeneste for Norge. Handlingsplanen adresserer helsetjenestens rolle gjennom en rekke tiltak, og det er bl.a. gjennomført nettverksarbeid og dialogmøter for innhenting av relevant informasjon og etablering av samarbeid med relevante aktører. I

Pilotprosjekt Østerdalen er en av målsettingene at personell som har deltatt i internasjonale operasjoner skal få en faglig god oppfølging, og sømløs og koordinert overgang fra Forsvaret til helsetjenesten.

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er gjort til en sentral ressurs for å styrke kompetanse og samhandling ved behandling av psykiske traumer hos veteraner, og skal bidra til økt kvalitet i de kommunale og spesialiserte tjenestene i deres møte med den enkelte veteranen. Fastleger og annet helsepersonell som kommer i kontakt med veteraner, kan henvende seg til sitt regionale senter for råd, veiledning og opplæring. RVTS Øst har i samarbeid med Forsvarets sanitet utarbeidet en opplæringspakke i militærpsykiatri. Opplæringspakken er meritterende for flere faggrupper, og er implementert i alle landets regioner.

Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) bidrar med forskning bl.a. på de traumer som deltakere i utenlandsoperasjoner kan oppleve. NKVTS er knyttet opp mot flere av tiltakene i planen, inkludert levekårsundersøkelsen som Forsvarsdepartementet i samarbeid med bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet skal gjennomføre for å få økt innsikt i veteraners livssituasjon.

Psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer

Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer ble ferdigstilt i 2011. I tillegg til å være faglig veileder for ledere og innsatspersonell, er veilederen et hjelpemiddel for kommunene ved utarbeidelse av plan for psykososial beredskap og psykososiale tiltak i krise og ulykkessituasjoner. RVTSene har fått i oppdrag å etablere fagnettverk for kommunale kriseteam. Et nettbasert kurs for ansatte i psykososiale kriseteam er under utarbeidelse for å heve kompetansen i kriseteamene. Kurset gir også kompetanse for å ivareta etterlatte etter selvmord. Arbeidet med å utvikle og implementere tiltakene skal videreføres i 2013, jf. omtale under post 72.

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	31 010	31 866	32 918
70	Utredningsvirksomhet mv., <i>kan nyttes under post 21</i>	4 206	4 464	3 511
	Sum kap. 0769	35 216	36 330	36 429

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås budsjettet videreført på samme nivå som saldert budsjett 2012. Forslag om flytting av bevilgning mellom kapittel og post er omtalt under aktuell post.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det ytes midler til spesielle driftsutgifter knyttet til oppfølging av Omsorgsplan 2015, og andre tiltak for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt utredningsvirksomhet for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Midlene på denne posten kan nyttes under post 70. Det vises til nærmere omtale under post 70 Utredningsvirksomhet mv.

Post 70 Utredningsvirksomhet mv.

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 1,1 mill. kroner til kap. 764, post 73, knyttet til kontaktelefonene for eldre utsatt for vold

Avtalen med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Avtalen mellom regjeringen og 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 er videreført til våren 2013. Departementet er i dialog med KS om å inngå en ny avtale.

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 bl.a. blitt fulgt opp gjennom ledelsessatsingen Flink med folk i første

rekke, rekrutteringssatsingen Bli 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.

Etikkprosjektet

Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving skal bidra til å styrke den etiske kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nærmere 200 kommuner deltar i prosjektet. Erfaringene viser at kommunene har etablert ulike møteplasser for systematisk etisk refleksjon og forankret etikksatsingen i kommunens administrative ledelse. Det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid. Prosjektet videreføres ut omsorgsplanperioden, slik at flest mulig kommuner over tid skal få mulighet til å styrke den etiske kompetansen blant ansatte i omsorgstjenestene. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015. Det foreslås at bevilgningen på 5 mill. kroner videreføres i 2013.

Senter for medisinsk etikk

For å sikre et langsiktig og helhetlig arbeid med utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ble Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo i 2012 tildelt 2 mill. kroner. Midlene nyttes til veiledning og undervisning av kommuner som driver systematisk etikkarbeid, tilbud om kompetanseutvikling og bistand til pågående prosjekter. Senteret har også bidratt med undervisning og veiledning overfor kommuner som er med i prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving. Det foreslås at midlene videreføres i 2013.

Bevegelse fra hjertet og kreativ skrivning for eldre

Det ble i 2012 bevilget 2,5 mill. kroner til utviklingsprosjektene Bevegelse fra hjertet og Kreativ skrivning for eldre i regi av Kirkens Bymisjon. Midlene skal benyttes til spredning av bevegelsesveiledning som metode i demensomsorgen og til utvikling og spredning av kreativt skrivearbeid innenfor eldreomsorgen. Bevilgningen foreslås videreført i 2013.

Den kulturelle spaserstokken

Målet med tilskuddsordningen for Den kulturelle spaserstokken er å sørge for profesjonell kunst- og kulturformidling 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 sjangre og uttrykk. Det er sentralt for ordningen å bidra til at omsorgstjenestens brukere får et tilpasset kulturtilbud på arenaer der de befinner seg. Bevilgningen er fordelt på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og Kulturdepartementets budsjett. For 2013 foreslås det å bevilge 14,9 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Det vises for øvrig til rapportering under kap. 761, og omtale i Kulturdepartementets budsjettproposisjon for 2013.

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 bl.a. behov for å få økt kunnskap som kan bidra til å sette demenssykdom inn i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Hjemmetjenesten og dens nye brukere

Det er behov for ytterligere kunnskap om hjemmetjenestens nye brukere og forsknings- og utviklingsarbeid på hvordan hjemmetjenestene er rustet til å møte dem. Dette gjelder både den sterke veksten i yngre brukergrupper med svært ulike problemer og behov, og den nye seniorgenerasjonen som vil stille nye krav til hjemmetjenestenes utforming og tjenestetilbud. Det er grunn til å

tro at de nye brukergruppene behov og egne ressurser vil kreve betydelig omstilling av omsorgstjenestene, med økt vekt på brukermedvirkning, opptrening og rehabilitering. Midlene til dette vil bli benyttet til å styrke Senter for omsorgsforskning og utviklingssamarbeid med kommunene på hjemmetjenestenes område.

Omsorg i plan

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. 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. Bevilgningen foreslås videreført.

Kommunal innovasjon i omsorg

Som en del av satsingen på kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeidet, har regjeringen fra og med 2012 gitt støtte til et fireårig velferdsteknologiprojekt i tre fylker i Midt-Norge. Bevilgningen foreslås videreført i 2013.

Systematisere og lære av de gode erfaringene innenfor omsorgssektoren

For å gi brukere trygge og sikre omsorgstjenester er det nødvendig med kunnskap om hva som kjennetegner effektive og gode tjenester. Det er behov for å kartlegge og vurdere de nettverk og strukturer som er etablert for erfarings- og kunnskapsutveksling mellom kommuner, og analysere hva som kjennetegner de kommuner som driver gode omsorgstjenester. For å utvikle et sterkere kunnskapsgrunnlag på dette området har Helse- og omsorgsdepartementet satt i gang et treårig utredningsarbeid fra og med 2012. Det foreslås å benytte 2 mill. kroner over kap. 769, post 21 til formålet i 2013.

Brukerstyrt personlig assistanse

Det vises til omtale av brukerstyrt personlig assistanse under kap. 761, post 21. Det er behov for mer kunnskap om bl.a. kostnader, samfunnsøkonomiske effekter, arbeidsrettslige sider og organisatorisk utforming av brukerstyrt personlig assistanse. Dette vil bli fulgt opp i en treårsperiode. Det ble satt i verk to utredningsoppdrag i 2011 av Helse- og omsorgsdepartementet: Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og deltakelse i arbeidslivet, og Brukerstyrte personlige assistenter, kunnskap om rekrutteringssituasjonen og praktisering av arbeidsrettslige bestemmelser.

Disse utredningsoppdragene forventes ferdigstilt ved årsskiftet 2012/2013. Nye utredningsoppdrag er under etablering. De vil omfatte kunnskapsoppsummering, videre datainnhenting, samt forslag til framtidig opplegg for løpende innhenting av relevante styringsdata om ordningen.

Tjenester til personer med utviklingshemming

Helse- og omsorgsdepartementet foretar en statusgjennomgang av helse- og omsorgstjenester til

personer med utviklingshemming. Denne gjennomgangen er en del av en helhetlig utredning av levekår og tiltak til personer med utviklingshemming. Arbeidet koordineres av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og er en oppfølging av Dok 8:139 (2010–2011), jf. Innst. 54 S (2011–2012). Det foreslås 1 mill. kroner til videre utredning av spørsmål knyttet til helse- og omsorgstjenester til målgruppen.

Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Nasjonalt program for leverandørutvikling skal bidra til at offentlige anskaffelser i større grad stimulerer til innovasjon og verdiskaping. Helse- og omsorgsdepartementet bidrar økonomisk og har sluttet seg til programmet som startet i 2010 og har fem års varighet. Det er NHO og KS som er initiativtakerne til programmet, som gjennomføres i et partnerskap med nasjonale innovasjonsaktører, statlige virksomheter, kommuner og næringsliv. Tiltaket foreslås videreført i 2013.

Programkategori 10.70 Tannhelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
770	Tannhelsetjenester	99 845	129 218	163 482	26,5
	Sum kategori 10.70	99 845	129 218	163 482	26,5

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
01–23	Statens egne driftsutgifter	11 600	13 237	19 674	48,6
70–89	Andre overføringer	88 245	115 981	143 808	24,0
	Sum kategori 10.70	99 845	129 218	163 482	26,5

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 2011 ble utført i privat sektor. Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av lov om tannhelsetjenesten og av lov om folketrygd og forskrifter til disse to lovene.

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er videre pålagt et samordningsansvar for den offentlige (fylkeskommunale) tannhelsetjenesten og privat sektor. Fylkeskommunen skal organisere helsefremmende og forebyggende tannhelsetiltak 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 fylkeskommuner som følge av Stortingets budsjettbevilgning tilby gratis tannhelsehjelp til rusmiddelavhengige og til innsatte i fengsel. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan også tilby tjenester til den øvrige befolkningen etter priser fastsatt av fylkeskommunen, for dermed å sikre at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Ved ikrafttreden av ny lov om folkehelsearbeid, jf. Prop. 90 L (2010–2011), er fylkeskommunens generelle rolle i folkehelsearbeidet blitt ytterligere styrket. I dette arbeidet vil den fylkeskommunale tannhelsetjenesten være en viktig samarbeidspart for kommunene i det samlede folkehelsearbeidet kommunene skal sørge for.

Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i kjeve/munnhulen, og som ikke har

rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, kan få stønad til tannbehandling etter folketrygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir utført i privat sektor. Det

vises til omtale av stønad ved behandling hos tannlege under kap. 2711, post 72, i programområde 30.

Tabell 4.23 Brukere av fylkeskommunale tannhelsetjenester

	2008	2009	2010	2011
Prioriterte personer undersøkt/behandlet	824 977	809 764	826 669	831 529
Voksne betalende personer	169 172	173 558	171 402	184 377
Samlet	994 149	983 322	998 071	1 015 906

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at det fra 2008 til 2011 har vært en økning i antall personer undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Økningen

har vært størst i gruppen voksent betalende klientell (9 pst.). I gruppen prioriterte personer var økningen under 1 pst.

Personell

Tabell 4.24 Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2008	2009	2010	2011
Tannlegespesialister	385	399	386	452
Allmenntannleger	3711	3627	3703	4051
Tannpleiere	753	735	774	826
Samlet	4849	4771	4863	5329

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at det samlede antall årsverk tannpleiere og tannleger har økt med 480 fra 2008 til 2011, dvs. en økning på 10 pst. I samme periode har befolkningsveksten vært om lag 3,9 pst.

I perioden 2008 til 2011 har antall ubesatte stillinger for tannleger og tannpleiere i den fylkes-

kommunale tannhelsetjenesten gått ned fra 138 til 95.

Antall utenlandske tannleger som arbeider i Norge utgjorde 27 pst. av alle tannlegeårsverk i 2011. Den prosentvise økningen i antall utenlandske tannleger er størst i privat tannhelsetjeneste (30 pst. økning fra 2008 til 2011).

Finansiering

Tabell 4.25 Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til tannhelsetjenester

	2008	2009	2010	2011
Brutto driftsutgifter, konsern	2 464 233	2 602 675	2 749 416	2 901 437

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Målt i brutto driftsutgifter brukte fylkeskommunene til sammen i overkant av 2,9 mrd. kroner på tannhelsetjenester i 2011. Dette omfatter også fylkeskommunenes utgifter til drift av regionale odontologiske kompetansesentre. Utgiftene i 2011

var om lag 437 mill. kroner høyere enn i 2008, noe som tilsvarer en økning på om lag 18 pst. Fylkeskommunenes netto driftsutgifter utgjorde 2,04 mrd. kroner i 2011.

Fra folketrygden ble det etter kapittel 5 i folketrygdloven utbetalt 1 483 mill. kroner i stønad til tannbehandling i 2011. Det vises til nærmere omtale under programområde 30, Stønad ved helsetjenester.

Oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007)

Regjeringen viderefører oppfølgingen av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidens tannhelsetjenester, jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008). Meldingen skisserer fire hovedinnsatsområder: geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester, utjevning av sosial ulikhet i tannhelse, kompetanse og kvalitet, og forbrukerrettigheter og prispolitikk. Regjeringen vil sikre tilgjengeligheten til tannhelsetjenester. I forslag til 2013-budsjett blir prioritering av det påbegynte kompetanseløftet i tannhelsetjenesten videreført. En markedsportal med elektronisk prisopplysnings-tjeneste for tannbehandling blir åpnet høsten 2012. I markedsportalen vil et utvalg av tannlegers og tannpleieres priser framgå. Markedsportalen skal driftes av Forbrukerrådet.

Det pågår et arbeid med revisjon av lov om tannhelsetjenesten. Det tas sikte på å sende utkast til lovendringer på høring våren 2013. Sentrale temaer i høringsnotatet vil bl.a. bli fylkeskommunens ansvar, tannhelsetjenestens samarbeid med andre tjenesteområder og spørsmålet om rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. I mai 2012 fremmet regjeringen forslag til ny lovbestemmelse i folketrygdloven, jf. Prop. 123 L (2011–2012). Lovforslaget innebærer at det gis rett til stønad til dekning av utgifter og behandling hos tannpleier for sykdommer tannpleier er kvalifisert til å behandle. Forslaget er avgrenset til undersøkelse mv. og behandling og etterkontroll ved sykdommen periodontitt. Under forutsetning av Stortingets vedtak tas det sikte på at ordningen vil tre i kraft fra januar 2013. Det vises til omtale under kap. 2711, post 72.

Som del av regjeringens brede eldresatsing foreslås det å styrke budsjettet med 40 mill. kro-

ner til gratis tannhelsekontroll for eldre, med virkning f.o.m. annet halvår 2013 (helårs budsjettvirkning 80 mill. kroner).

Folketrygdens stønadsordning til tannbehandling for personer med varig sykdom eller med varig nedsatt funksjonsevne foreslås styrket med 20 mill. kroner som del av utfasingen av ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter.

For begge forslag vises det til nærmere omtale under kapittel 2711, post 72, Tannlegehjelp.

Det er satt i gang et utredningsarbeid om ulike modeller for finansiering av tannbehandling, inkludert modeller for egenandelstak.

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) om bevilgninger på statsbudsjettet for 2010, jf. Innst. 11 S (2009–2010).

Helsedirektoratet har bidratt til at det er etablert gode rutiner i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten slik at mistanke om omsorgssvikt rapporteres til rette myndighet. En rapport om erfaringer med rutiner ved slik rapportering og med forslag til forbedringer er utarbeidet. De fleste fylkeskommuner har i sine prosedyrer omtalt de vesentligste elementer som bør inngå i en vurdering av om det skal sendes en bekymringsmelding til barnevernet. Helsedirektoratet mottar rapportering om antall bekymringsmeldinger sendt fra tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Direktoratet har ikke instruksjonsmyndighet overfor fylkeskommunene, men bistår med tiltak som kan være til hjelp for fylkeskommunenes forbedring av eksisterende rutiner og etterlevelse av disse.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	11 600	13 237	19 674
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	88 245	115 981	143 808
	Sum kap. 0770	99 845	129 218	163 482

Sammenliknet med saldert budsjett for 2012 foreslås å styrke innsatsen på tannhelsefeltet under kapittel 770, post 21 og post 70, med 30 mill. kroner gjennom omdisponering av 30 mill. kroner fra kapittel 2711, post 72 Tannlegehjelp under folke-trygdens stønad til tannlegehjelp, fordelt på områdene kompetanseløft, tannbehandlingsmaterialer, behandlingstilbud til utsatte grupper og til utredningsarbeid mv.

Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten:

- 8 mill. kroner til spesialistutdanning av tannleger, inkludert dobbelkompetanseutdanning og tilskudd til lønn til tannleger under spesialistutdanning i pedodonti (barnetannpleie)
- 5 mill. kroner til videre oppbygging av regionale odontologiske kompetansesentre, inkludert oppbygging av forskerkompetanse

Tannbehandlingsmaterialer:

- 2 mill. kroner til samarbeidsprosjekt om utprøvede behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av amalgamfyllinger
- 2 mill. kroner til Niom AS med formål å styrke den klinisk-odontologiske materialforskningen i et samarbeid med regionale odontologiske kompetansesentre
- 1 mill. kroner til produkttesting av tannbehandlingsmaterialer

Tannbehandlingstilbud:

- 2 mill. kroner til videre oppbygging av tannlege-/psykologteam i fylkeskommunene for utredning og nødvendig tannbehandling av tortur og voldsutsatte og av pasienter med odontofobi (angst for tannbehandling)
- 5 mill. kroner til videre oppbygging av forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus

Utredningsarbeid mv.:

- 1 mill. kroner til utredningsoppdrag angående effekt av tannbehandlingstilbud til rusmiddel-

avhengige og til kartlegging av tannhelseforhold hos personer med kvalifiseringsstønad fra Nav

Systematisk kvalitetsarbeid i tannhelsetjenesten

- 4 mill. kroner til gjennomgang av enkelte av trygdens stønadsordninger til tannbehandling, utarbeiding av veileder for utredning/behandling av pasienter med kjeveleddslidelser og til tiltak innen systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet innen tannhelsetjenesten.

For øvrige tilskuddsområder videreføres budsjettet på samme nivå som saldert budsjett 2012. Forslag om flytting av bevilgning mellom kapittel og post er omtalt under aktuell post.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende omdisponering sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 6 mill. kroner fra kap. 2711, post 72

Formålet med bevilgningen er utredningsoppdrag og utviklingstiltak på tannhelsefeltet. Midlene på denne posten kan nyttes under post 70. Det vises til nærmere omtale under post 70 Tilskudd.

Post 70 Tilskudd

Det foreslås følgende omdisponering sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 24 mill. kroner fra kap. 2711, post 72

Bevilgningen har som formål å forbedre tilgjengeligheten til tannhelsetjenester, øke kunnskapsoppbyggingen og kompetansen i tannhelsetjenesten, sikre kvalitet i tannbehandlingen og bidra til å utjevne sosiale ulikheter i tannhelse.

Tilgang på og geografisk fordeling av tannhelsepersonell

Tiltak som sikrer tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester i hele landet gis høy prioritet. Dette inkluderer tilskudd til spesialistutdanning av tannleger, oppbygging av regionale odontologiske kompetansesentre og praksisplasser i tannhelsetjenesten for nyetablerte tannpleierutdanninger.

Midler er i 2012 også benyttet til å videreføre kvalifiseringsprogram for tannleger som er bosatt i Norge og har utdanning fra land utenfor EØS-området. Tiltaket foreslås videreført i 2013. Tilgangen på tannleger har blitt betydelig bedre etter at tannlegeutdanningen i Tromsø kom i drift. 84 av 93 tannleger som så langt er utdannet i Tromsø har fått første jobb i Nord-Norge, de fleste i offentlige stillinger. Fylkeskommuner opplyser at det er god tilgang på søkere til offentlige tannlegestillinger, også til vikariater.

Fra 2009 til 2012 har samlet antall utdanningsplasser for tannpleiere økt fra 57 til 88, noe som svarer til en økning på om lag 55 pst. For tannpleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark er all klinisk praksis organisert av Hedmark fylkeskommune. I 2012 er det gitt tilskudd til fylkeskommunale praksisplasser i Hedmark og Oppland for disse studentene.

Tilskudd til spesialistutdanning av tannleger utgjør i 2012 om lag 50 mill. kroner. Det er gitt tilskudd til universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø til finansiering av spesialistutdanning av til sammen om lag 75 tannleger. Spesialistutdanningen ved UiO og UiB er delfinansiert av departementet (tilskuddet utgjør om lag $\frac{2}{3}$ til $\frac{4}{5}$ av kostnadene til utdanningen). Spesialistutdanningen ved UiT skjer i samarbeid med Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, og fullfinansieres av departementet. Videre er det gitt tilskudd til desentralisert spesialistutdanning av tannleger ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Midt-Norge. Tilskuddene dekker ikke lønn til kandidatene. Uprøving av en ev. ny bredspesialitet i klinisk odontologi i regi av Universitetet i Tromsø startet opp i 2011, og nye kandidater tas opp høsten 2012. Tilskudd til spesialistutdanning skal også bidra til å øke tilgangen på tannleger med dobbelkompetanse (både spesialistkompetanse og forskerkompetanse). Det er stort behov for tannleger med dobbelkompetanse ved de odontologiske lærestedene og ved de regionale odontologiske kompetansesentre. I samarbeid med Kunnskapsdepartementet ble det fra 2010 etablert et parallelt forkortet løp for dob-

belkompetanseutdanning ved universitetene. Til sammen 19 tannleger er våren 2012 ansatt i utdanningsstillinger i et slikt utdanningsløp ved universitetene i Bergen, Oslo og Tromsø. Tilskuddet dekker om lag halvparten av lønn til tannlegene og utgiftene til drift av utdanningen. Kunnskapsdepartementet dekker de øvrige kostnader gjennom rammeoverføringen til universitetene. Det tas sikte på å ta opp ytterligere ti tannleger til dobbelkompetanseutdanning i 2013. Se også Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon under kap. 281, post 01. Tilskudd til spesialistutdanning av tannleger foreslås styrket i 2013 med til sammen 8 mill. kroner. Med denne styrkingen forutsettes det at universitetene i betydelig grad bistår de regionale odontologiske kompetansesentre i forskningssammenheng.

Etableringen av regionale odontologiske kompetansesentra skal sikre befolkningen tilgang til spesialisttannlegestjenester i alle regioner. De regionale kompetansesentrene skal samarbeide nært med aktuelle sykehusavdelinger om pasientutredning og behandling, og skal også bidra til generell kompetanseheving, forskning og fagutvikling i tannhelsetjenesten. Det er et stort behov for kunnskapsoppbygging og praksisnær klinisk forskning i tannhelsetjenesten. Kompetansesentrene vil på dette området på sikt kunne ha en nøkkelrolle i samarbeid med universitetene, med Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS), med allmennmedisinske forskningsenheter og med andre forskningsmiljøer. I løpet av høsten 2012 etableres et forskningsnettverk mellom de allmennmedisinske forskningsenhetene og de regionale odontologiske kompetansesentre. Den kritiske faktor i oppbyggingen av kompetansesentrene har vært tilgang på spesialister og på tannleger med både spesialist- og forskerkompetanse. I 2012 utgjør tilskuddet til kompetansesentrene om lag 35 mill. kroner. Dette inkluderer oppbygging av infrastruktur og av kompetanse i praksisnær klinisk forskning.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge har et nært samarbeid i en integrert modell med Universitetet i Tromsø om utdanning av tannleger og tannlegespesialister og om forskning. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, avdeling Hordaland, ble etablert ved innflytting i nytt odontologibygget ved Universitetet i Bergen sommeren 2012. Avdeling Rogaland er etablert i en spesialistklinik i Stavanger. Disse etableringene vil åpne for et integrert samarbeid mellom Universitetet i Bergen og begge avdelinger av kompetansesenteret når det gjelder spesialistutdanning av tannleger, forskning og kunnskapsut-

vikling. Kompetansesenteret vil også samarbeide nært med relevante avdelinger på sykehus i Bergen og Stavanger. Regionalt odontologisk kompetansesenter i sør (Arendal) er i ferd med å få bemannet flere av spesialiststillingene. De to øvrige regionale odontologiske kompetansesentrene i Midt-Norge og Øst-Norge er foreløpig i en prosjektfase. Tilskudd til videre oppbygging av de regionale kompetansesentrene foreslås styrket med 5 mill. kroner i 2013.

For å kunne ivareta formålet med tilskuddet, nødvendig dimensjonering av utdanningene og geografisk fordeling av spesialister, vil det fra 2013 bli utviklet en aktiv bestillerfunksjon og styringsrolle overfor utdanningsinstitusjonene i denne sammenheng. Det legges til grunn at spesialistutdanning av tannleger i framtiden blir organisert som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de aktuelle regionale odontologiske kompetansesentre, jf. spesialistutdanningen i Tromsø. Avhengig av oppbyggingen av kompetansesentrene vil disse kunne organisere store deler av den kliniske praksis i utdanningene. En slik ordning er i samsvar med forslagene i Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd, samspill i praksis fra Kunnskapsdepartementet. Dette vil kunne gi store synergieffekter. Når det gjelder lønn til kandidater under spesialistutdanning er det et særskilt behov for dette for å kunne rekruttere tannleger til spesialistutdanning i pedodonti (barnetannpleie). Disse spesialistene vil bl.a. være sentrale ressurspersoner i oppbyggingen av tannhelsetjenester på sykehus, se omtale under.

Tannbehandlingsmaterialer

Formålet med tilskuddet er å heve kvaliteten i tannhelsetjenesten gjennom å øke kunnskapen om odontologiske biomaterialer, bidra til å sikre kvaliteten på materialene og øke kunnskapen om bivirkningsproblematikk knyttet til slike materialer.

Et samarbeidsprosjekt om utprøvede behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av tannfyllingsmaterialet amalgam er satt i gang. Prosjektet innebærer at tannleger, fastleger og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om utprøvede behandling for aktuelle pasientgrupper. Målet er bedre helse og livskvalitet til personer med mistanke om helseproblemer knyttet til bruk av amalgam. I internasjonal sammenheng er dette et unikt prosjekt, som vil strekke seg over flere år. Det tas sikte på at prosjektet kan starte med pasientbehandling i løpet av 2012. Prosjektet er fra 2012 forankret ved forskningsenheten Bivir-

kningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG) ved Uni Helse ved Universitetet i Bergen og ved Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam) ved Universitetet i Tromsø. De kliniske behandlinger vil starte i 2013. Det foreslås 2 mill. til økt aktivitet i prosjektet i 2013.

Videre er det gitt midler til drift og aktivitet ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved Universitetet i Bergen /Uni Helse.

Helse- og omsorgsdepartementet gir tilskudd til drift av Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS). Niom AS 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. Nordisk Ministerråd finansierer i underkant av 50 pst. av driften. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjekapitalen. Tilskuddet dekker også Nioms deltakelse i internasjonalt standardiseringsarbeid og drift av nordisk produktdatabase mv.

Arbeidet ved Niom bidrar til kunnskap om bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer i de nordiske land. Departementet ser det som svært viktig at den kompetanse og de forskningsfasiliteter Niom representerer videreutvikles i et samarbeid med den utøvende tannhelsetjenesten. Dette foreslås ivaretatt gjennom økt tilskudd til Niom med 2 mill. kroner til oppbygging av et samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentre når det gjelder klinisk odontologiske materialforskning. Niom skal derigjennom også bistå kompetansesentrene i deres oppbygging av kompetanse i pasientnær klinisk forskning. Det er også aktuelt å videreutvikle et forskningssamarbeid med kliniske miljøer i andre nordiske land.

EØS-direktiv for medisinsk teknisk utstyr stiller krav til sertifisering (CE-merking) av tannbehandlingsmaterialer. Produsenter av tannbehandlingsmaterialer er imidlertid ikke pålagt å teste produkter i henhold til internasjonale produktstandarder. Det innebærer at innholdsdeklarasjonen til tannbehandlingsmaterialer ikke inneholder opplysninger om materialspesifikke bruksegenskaper. Tannlegene har dermed ikke relevante opplysninger som kan være avgjørende i forbindelse ved valg av materialer i behandlingssammenheng. Slike opplysninger hadde tannlegene tilgang til i den såkalte nordiske modellen fram til 1995. Departementet ser et stort behov for at landets tannleger gis tilgang til slike opplysninger. Høy kvalitet på materialene er også av stor betyd-

ning for folketrygdens stønad til tannbehandling. Departementet foreslår derfor at Helsedirektoratet som tilsynsmyndighet etter lov om medisinsk utstyr gis i oppdrag å sørge for produkttesting av aktuelle tannbehandlingsmaterialer.

Andre tilskudd

Formålet er å målrette tannhelsetjenester til dem som trenger det mest og å bidra til å sikre gjennomføring av lovpålagte oppgaver innenfor tannhelsetjenesten. Videre er formålet å fremme kvaliteten i tannhelsetjenesten og bidra til faglig utviklingsarbeid, evaluering og utredningsaktivitet.

I 2012 gis det om lag 10 mill. kroner i tilskudd til de regionale odontologiske kompetansesentrene til oppbygging av tannlege-/psykologteam for utredning og nødvendig behandling av tortur- og voldsutsatte, og av personer med odontofobi. Tilskuddet dekker kostnadene til fobibehandling (behandling av angst for tannbehandling) og langt på vei kostnadene til nødvendig tannbehandling. Flere av de som får hjelp/behandling får dekket store deler av utgiftene som stønad fra folketrygden. Behovet for tilbudet er stort, og det foreslås å videreutvikle slike behandler-team gjennom en styrking på 2 mill. kroner i 2013.

Det er behov for personell med tannhelsekompetanse på sykehus. Som del av oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007) blir det i løpet av 2012 etablert forsøk med tannhelsetjenester på St. Olav (Trondheim) og UNN Tromsø. Forsøket skal omfatte både forebyggende tjenester og aktuell tannbehandling av sykehusets pasienter, utvikling av rutiner for systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten etter utskrivning fra sykehus. Tjenestene skal bl.a. rettes inn mot pasienter hvor de odontologiske tilstander har sammenheng med eller påvirker den sykdommen pasienten er innlagt for eller er til behandling for. Dette gjelder særskilt pasienter som har sammensatte og kompliserte behov for helsehjelp. Eksempler her er medfødte lidelser/syndromer eller alvorlig sykdom, skade eller multihandikap.

Det foreslås at forsøksordningen ved de to sykehusene bygges ut i 2013. Videre foreslås det at forsøksordningen utvides til ett eller to nye sykehus i 2013. Tilskudd til dette formål foreslås styrket med 5 mill. kroner i 2013.

Helsedirektoratet skal utarbeide forslag til et bedre helsetilbud til personer med kjeveleddslidelser (TMD). Det skal bl.a. etableres et tverrfaglig behandler-team i spesialisthelsetjenesten. Videre skal det utarbeides en veileder for tannleger, allmennleger og spesialisthelsetjenesten som

omhandler utredning og behandling. Arbeidet ferdigstilles i 2013, og forutsetter involvering av eksterne fagpersoner og brukermedvirkning.

Det har over flere år blitt gitt midler til tannbehandling for rusmiddelavhengige. Det skal gjennomføres en kartlegging av tannhelseforholdene i målgruppen, for å vurdere om tiltakene har hatt ønsket effekt. For å nå flere personer som ikke er omfattet av dagens ordninger med offentlig finansierte tannhelsetjenester, vil departementet få kartlagt tannhelseforhold hos personer med kvalifiseringsstønad.

Det er i 2012 gitt tilskudd til to pilotundersøkelser med formål å øke kunnskapen om tannhelsen i den voksne befolkningen generelt og i den samiske befolkningen spesielt. Departementet vil videreføre slik kunnskapsinnhenting.

Det gis tilskudd til nettverk av folkehelsemedarbeidere i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og til andre aktiviteter innen helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid. Videre er det gitt tilskudd til utviklingstiltak i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Tilskudd til helsefremmende og forebyggende arbeid vil bli videreført i 2013. Det forutsetter at tilskudd særskilt rettes mot tiltak hvor tannhelseforhold er integrert i det generelle folkehelsearbeidet i tråd med ny folkehelselov.

I regi av Nordisk Ministerråd er de nordiske land i gang med et arbeid med felles nordiske kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten. Norge har som første land i Norden utarbeidet ni kvalitetsindikatorer for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, hvorav sju er tatt i bruk. Arbeidet fortsetter både nasjonalt og i samarbeid med øvrige nordiske land i 2012. Kvalitet og pasientsikkerhet i tannhelsetjenesten følges særskilt opp under det norske formannskapet i Nordisk Ministerråd i 2012. En nordisk konferanse om temaet avholdes høsten 2012. Forslag til styrking av tilskudd i 2013 skal også bidra til systematisk kvalitetsarbeid i både den offentlige og private tannhelsetjenesten.

Det gis tilskudd til et samarbeidsprosjekt mellom Den norske tannlegeforening, KS, Akershus fylkeskommune, Innovasjon Norge og Helsedirektoratet, som omhandler IKT-utvikling i tannhelsetjenesten såvel offentlig som privat. Prosjektet har til hensikt å sikre en formålstjenlig IKT-utvikling i tannhelsetjenesten og i tannhelsetjenestens kommunikasjon med andre tjenester, slik at pasienter, tannhelsepersonell, samarbeidspartnere og andre skal oppleve tannhelsetjenesten som en moderne, helhetlig tjeneste med høy kvalitet, -effektivitet og evne til samarbeid. Informasjonsutveksling skal skje gjennom sikre elektroniske løsninger.

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
780	Forskning	265 898	284 141	302 518	6,5
781	Forsøk og utvikling mv.	136 656	152 682	208 230	36,4
782	Helseregistre	48 315	50 161	51 816	3,3
783	Personell	171 477	180 684	188 521	4,3
	Sum kategori 10.80	622 346	667 668	751 085	12,5

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
01–23	Statens egne driftsutgifter	113 976	106 891	111 328	4,2
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	265 898	284 141	302 518	6,5
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	120 335	125 134	129 138	3,2
70–89	Andre overføringer	122 137	151 502	208 101	37,4
	Sum kategori 10.80	622 346	667 668	751 085	12,5

Forholdet mellom forskning, utdanning og innovasjon omtales gjerne som kunnskapstriangelet, og er viktige virkemidler for å nå målsettingen om å gi befolkningen trygge og gode helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgssektoren er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av arbeidskraften. Tilstrekkelige helse- og omsorgspersonellressurser 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, framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Dette er også omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).

Gjennom forskning, innovasjon og utvikling av ny teknologi og kompetanse legges grunnlaget for utvikling av forebyggende tiltak og tjenester som kan møte framtidens utfordringer, styrke samspillet med familie og sivilsamfunn og bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene. Dette vil kunne bidra til økt helse og velferd og en mer kostnadseffektiv helse- og omsorgstjeneste. I NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg fremmer utvalget en rekke forslag knyttet til nye boformer, bruk av teknologi, kunnskapsutvikling og andre eier- og driftsformer på omsorgsfeltet. Regjeringen vil følge opp utredningen gjennom en egen Storingsmelding om Innovasjon i Omsorg. Meldingen planlegges lagt fram våren 2013.

Forskning danner utgangspunktet for en kunnskapsbasert profesjonsutdanning og praksis, og er av avgjørende betydning for planlegging og framtidig utvikling av helse- og omsorgssektoren. Kunnskapsdepartementet la i 2012 fram Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd, Samspill i praksis. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår for 2013 å etablere et nytt program om praksisrettet FoU i helse- og velferdstjenestene (PraksisVel) i Norges forskningsråd, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Arbeidsdepartementet og Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet i tråd med ett av forslagene i meldingen.

Utdanning og kompetanseutvikling blir svært viktig for å nå samhandlingsreformens målsettinger. Framover må det sikres en utvikling på personell- og utdanningsområdet som samsvarer med samhandlingsreformens mål. Både ulike utdanningsinstitusjoner og helse- og omsorgstjenesten er viktige i utdanningen av helsepersonell. Praksisdelen av undervisningen foregår i helse- og omsorgstjenesten, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Kompetanse opparbeides gjennom det formelle utdanningssystemet og videreutvikles i arbeidslivet og gjennom forskningen.

Samhandlingsreformen stiller nye krav til helse- og omsorgspersonellens kompetanse, noe som vil kunne kreve endring av innholdet i utdanningene. Det er nødvendig med god kvalitet og kapasitet på profesjonsutdanningen og på en kunnskapsbasert utdanning. Helse- og omsorgstjenesten har viktige roller inn mot det formelle utdanningssystemet både som praksisarena og som framtidig arbeidsgiver eller avtalepart. Ivaretagelse av utdanningsoppgavene er en av fire lovfestede oppgaver for spesialisthelsetjenesten. I lov om tannhelsetjenesten er fylkeskommunen gitt en plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. I Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer er nåværende lovregulering av kommunens ansvar for utdanning videreført. Det innebærer at enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av personell som yter helse- og omsorgstjenester, herunder også videre- og etterutdanning. Samtidig har departementet lagt til grunn at det er nødvendig med noen supplerende tiltak. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene skal legge til rette for samarbeid om utdanning, forskning, praksis og læretid. Dette legger til rette for å se utdanningsbehovet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i sammen-

heng og kan legges til grunn for felles planlegging.

Forskning innen helse og omsorg 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. Investinor AS er et statlig, landsdekkende investeringsselskap som skal bidra til økt verdiskapning ved å investere risikokapital og utøve aktivt, kompetent eierskap i internasjonalt orienterte og konkurransedyktige norske bedrifter i tidlig vekst- og ekspansjonsfase. Nytt i Investinors mandat er at helse- og bioteknologi er nevnt som eksempler på satsingsområder etter evalueringen av denne.

Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi, Nasjonal helse- og omsorgsplan og departementets Samhandlingsforskningsstrategi legger sammen med relevante stortingsmeldinger, et strategisk grunnlag for departementets arbeid med forskning og innovasjon innenfor helse- og omsorgssektoren. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det de siste årene bygget opp en sterkere infrastruktur for praksisnær forskning gjennom etablering av regionale forsknings- og utviklingssentre både innen omsorgsforskning og allmennmedisin og ved etablering av fem kompetansesentre for tannhelsetjenesten i fylkeskommunal regi. Felles satsing på innovasjon i helseforetakene mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet ble positivt evaluert våren 2011, bl.a. på bakgrunn av denne videreføres satsingen til 2017.

Gjennom samhandlingsreformen er det lagt til rette for en ytterligere styrking av forskning og kompetanseutvikling i kommunesektoren. I Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer er kommunene gitt et medvirkningsansvar for forskning. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en Samhandlingsforskningsstrategi for perioden 2012 til 2015. Det skal også utarbeides en egen håndbok for kommunenes ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning. Norges forskningsråd fikk i 2011 i oppdrag å planlegge en følgeevaluering av samhandlingsreformen, i 2012 ble det tildelt midler til tre forskningsprosjekt.

Det må sikres at nasjonale fortrinn blir utnyttet og bygd videre på, f.eks. gjennom de nasjonale

helse- og kvalitetsregistrene, biobankene og de store befolkningsundersøkelsene. 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 kompetansestjenester/kompetansesentre er tillagt et særskilt ansvar for formidling av ny kunnskap i sektoren.

Gjennom systematiske kunnskapsoppsummeringer 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 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
50	Norges forskningsråd mv.	265 898	284 141	302 518
	Sum kap. 0780	265 898	284 141	302 518

Som ledd i oppfølgingen av Meld. St. 30 (2011–2012), Se meg! – En helhetlig rusmiddelpolitikk, foreslås 4 mill. kroner til forskning på rusmidler gjennom styrking av Rusforskningsprogrammet i Norges forskningsråd.

Forskning, utvikling og innovasjon er sentrale elementer i arbeidet for utvikling av kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet i helse- og omsorgssektoren. Sektoransvaret innebærer bl.a. 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, tjenesten og brukerne.

Departementet finansierer forskning om og for helse- og omsorgssektoren gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater og regionale helseforetak. 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, jf. kap. 710, kap. 715 og kap. 716.

Gjennom Helsedirektoratet finansieres oppdragsforskning og driftsstøtte til enkelte forskningsmiljø.

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 drift og oppbygging av forskningsmiljøer slik at forskning og kompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes. De viktigste tiltakene er omtalt under følgende kapitler og poster.

- kap. 719, Folkehelse, post 79, Andre tilskudd
- kap. 725, Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, post 01, Driftsutgifter.
- kap. 732, Regionale helseforetak, post 70, Kreftregistret
- kap. 732, Regionale helseforetak
- kap. 761, Omsorgstjeneste, postene 21, 60 og 67
- kap. 762, Primærhelsetjeneste, postene 21 og 70
- kap. 763, Rustiltak, post 21
- kap. 764, Psykisk helse, postene 70 og 73
- kap. 770, Tannhelsetjenester, postene 21 og 70
- kap. 781, Forsøk og utvikling mv., post 21
- kap. 783, Personell, postene 21 og 70

Forskning og innovasjon om og for helse- og omsorgstjenesten

Gjennom bruk av organisatoriske, juridiske og økonomiske virkemidler er det de senere årene lagt til rette for økt forskning i helseforetakene. 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 basisbevilgningene til regionale helseforetak. Det vises til omtale under kap. 732, post 78. Nasjonale

kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten er også tillagt ansvar for bl.a. å etablere forskningsnettverk innenfor sine ansvarsområder.

Forskning i, om og for 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 allmenntilleggsforskningsenhetene knyttet til de fire breddeuniversitetene og de fem regionale sentrene for omsorgsforskning ved høgskoler og universitet som utdanner helse- og sosialpersonell. Videre er det etablert flere regionale og nasjonale kompetansesentre innenfor odontologi, rus, psykisk helse mv. som har som formål å styrke forskningsaktiviteten på sitt fagområde. Gjennom ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er kommunene tillagt et medvirkningsansvar for forskning, forskning skal også inngå i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

Satsingen på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er positivt evaluert og vil videreføres ut 2017. Satsingen skal også utvides til å gjelde hele helse- og omsorgstjenesten. Den vil også inkludere forskningsdrivet innovasjon og innovasjon i offentlige anskaffelser. Innovasjon på bakgrunn av de store samfunnsutfordringer som kroniske sykdommer, en økende aldrende befolkning, og bedre samhandling mellom tjenestenivåene og personellbruk skal også inkluderes. De regionale helseforetakene er for 2012 gitt i oppdrag å etablere, i samarbeid med Cristin, en ny felles nasjonal database for innovasjonsindikatorer for helseforetakene. Videre skal dagens innovasjonsindikatorer bearbejdes av de regionale helseforetakene og Nifu.

I juni 2011 la det offentlige utvalget som har utredet innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer fram sin innstilling NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg. Utvalget la fram fem forslag knyttet til samhandling med familie og sivilsamfunn, framtidens boformer og boligløsninger, velferdsteknologi, forskning, innovasjon og næringsutvikling. Det legges til grunn at den kommunale helse- og omsorgssektoren må arbeide for å løse utfordringene med å sikre kvalitet og bevare pasientsikkerhet med innovasjon langs to akser. Vertikalt skjer det mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og horisontalt bør det foregå på tvers av kommunale sektorer, og mellom kommunen som forvaltning og kommunen som lokal-

samfunn. Utredningen har vært på høring, og regjeringen vil følge opp utvalgets forslag gjennom en egen Stortingsmelding. Meldingen skal legge grunnlaget for fornyelse gjennom kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet, og gjennomgå virkemiddelapparatet for innovasjon i omsorgstjenesten. Det tas sikte på framlegging våren 2013.

Når det gjelder forskning etter 22. juli har Helse- og omsorgsdepartementet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt De nasjonale forskningsetiske komiteer (FEK) ansvaret for å ha en nasjonal koordineringsfunksjon for å ivareta hensynet til de berørte. Med berørte menes etterlatte, skadde, rammede, nære pårørende, venner og offentlig og frivillig innsatspersonell. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom tildelingsbrev og oppdragsdokument for 2012 bedt om at underliggende etater, Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene bidrar til å understøtte forskningssamarbeid og koordinering av forskningsprosjekt knyttet til 22. juli, dette foreslås videreført for 2013. Departementet ser at Norges forskningsråd særlig må legge til rette for forskning knyttet til 22. juli gjennom pågående programmer. Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) fikk høsten 2011 i oppdrag av departementet å sette i verk studier av de rammede/ overlevende etter 22. juli, se nærmere omtale av dette under kap. 764.

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 5 mill. kroner fra kap. 763, post 72 til Høgskole- og universitetssosialkontor-prosjektet (Husk-prosjektet)

Bevilgningen dekker bl.a. ni forskningsprogram, fire strategiske satsinger og to evalueringer i Norges forskningsråd. Det foreslås bevilget 302,5 mill. kroner i 2013.

Norge skal være blant de fremste når det gjelder å utvikle, dele og ta i bruk ny kunnskap. Forskningen skal skaffe kunnskap som bl.a. kan øke verdiskaping, velferd og gi trygge og gode tjenester. For nærmere omtale av systemet og målformuleringene til Forskningsrådet vises det til kap. 5, Forskning og utvikling i statsbudsjettet 2013 i Prop. 1 S (2012–2013) Kunnskapsdepartementet.

Forskningsrådet skal som hovedregel konsentrere sine tildelinger om nasjonale prosjekt, og forskningsinstitusjonene har i første rekke ansvar for å finansiere mindre forskningsprosjekt.

Forskningsrådets totale innsats innenfor temaområdet helse var på vel 919 mill. kroner i 2011, dette er en nedgang fra 2010. Nedgangen skyldes at aktiviteten i seks av helseforskningsprogrammene var lavere enn normalt fordi 2010 var det siste året i forrige programperiode. Det store programmet Funksjonell genomforskning (Fuge) bidro betydelig til den målrettede innsatsen i toppåret 2009, mens bidraget i 2011, som er det siste året i programperioden ble redusert til nær 30 mill. kroner. De seks helseforskningsprogrammene videreføres i en ny periode. Biotek2021 er oppfølgeren til Fuge som ble avsluttet i 2011. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet bidrar mest til finansiering av temaområdet helse. I tillegg kommer bidrag fra Nærings- og handelsdepartementet og Utenriksdepartementet.

Kreftforskning er den diagnosen med flest forskningsprosjekter og prosjektporteføljen spenner fra det basale via translasjonsforskning til klinisk forskning. Kreftformer som dominerer er bryst- og tarmkreft. Forskning knyttet til psykisk helse har flest prosjekter etter kreftforskning. Feltet her er også bredt og problemstillingene mangfoldige, og spenner fra basalmedisinsk forskning til forskning om forebygging, epidemiologi, behandling og helse- og omsorgstjenesteforskning.

Alle de sentrale fagmiljøene i Norge er involvert i satsingen Biobank Norge, dvs. de fire store breddeuniversitetene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og de fire regionale helseforetakene. Biobank Norge finansieres gjennom Norges forskningsråd. Det er også etablert et nordisk samarbeid om biobanker og Norge tar sikte på å delta i et felles europeisk samarbeid kalt Biobanking and Biomolecular Resources Research Institute (BBMRI) som er under etablering, Biobank Norge er tilpasset en ev. deltakelse her. Departementet vil at oppfølgingen av rapporten Gode biobanker, bedre helse også ses i sammenheng med det pågående arbeidet knyttet Gode helseregistre, Bedre helse, Strategi for modernisering og samordning av nasjonale helseregistre 2009–2019.

Programmer

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.

Helse (Health) er det neste største tematiske programmet i EUs 7. rammeprogram for forskning og utvikling målt i budsjett. Ved utgangen av 2011 ble 69 prosjekter med norsk deltakelse innvilget støtte. Det tilsvarer en suksessrate på 27 pst., det innebærer fem pst. over snittet for alle deltakerlandene, og er på samme nivå som i 2010.

Felles forskningsprogram i EU (Joint Programming) er et nytt virkemiddel i utviklingen av det europeiske forskningsområdet, European Research Area (ERA). Når det gjelder helserelevante programmer deltar Norge i tre felles program. Det første er nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer som er et pilotprogram. Første utlysning av prosjektmidler fra dette programmet var i mai 2011, det endelige programgrunnlaget ble vedtatt i november 2011. Videre deltar Norge i det forberedende arbeidet med et program om antibiotikaresistens og et felles program om helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer.

Det er viktig for norsk kreftforskning å være med på arbeidet med integrering av grunnforskning, klinisk- og epidemiologisk forskning i Europa. Departementet ønsker derfor at Forskningsrådet setter av inntil 3,5 mill. kroner til ERAnet på Translational Cancer Research (Transcan) i 2013 for å understøtte norske forskeres deltakelse i dette EU prosjektet.

Folkehelseprogrammet (programperiode 2011–2015)

Programmets overordnede mål er å bidra til ny kunnskap om hva som kan påvirke folkehelsen og årsaker til sosiale helseforskjeller, samt virkemidler for å redusere slike forskjeller og bedre folkehelsen. De prioriterte temaområdene er helseatferd, livsløp og psykisk helse. Sosial ulikhet i helse vil være sentralt på tvers av de tematiske områdene.

Programmet har totalt 25 prosjekter i porteføljen, fem av disse startet opp i 2011 som et resultat av utlysning i 2010 på bakgrunn av utkast til programplanen for 2011–2015. Programmet har et samarbeid med et tilsvarende forskningsprogram under Finlands Akademi.

Program for helse- og omsorgstjenester (programperiode 2011–2015)

Programmet skal styrke kunnskapsgrunnlaget for utvikling av gode, effektive og trygge helse- og omsorgstjenester og identifisere mål og virkemidler for å realisere dette. Programmet skal også kartlegge hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan styrkes i samhandlingen

med pårørende, frivillige organisasjoner, lokalsamfunn og spesialisthelsetjenesten. Programets satsingsområder er pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten, styring, ledelse, planlegging, finansiering, prioritering og samhandling. I innværende programperiode er kommunale helse- og omsorgstjenester vektlagt sterkere enn tidligere.

I tråd med målsettingene i Omsorgsplan 2015 er programmet styrket med 35 mill. kroner til omsorgsforskning i perioden fra 2007. Av disse er det er satt av 2 mill. kroner til en fireårig resultatorientert evaluering av Omsorgsplan 2015 og minst 5 mill. kroner skal gå til forskning på demens. For å styrke praksisnær forskning og utvikling er det etablert fem regionale omsorgsforskningssentra knyttet til universitet og høyskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Prosjektporteføljen inneholder også tilskudd til disse sentrene. For å sikre en langsiktig oppbygging av omsorgsforskningsmiljøene foreslås å videreføre etableringsstøtten til omsorgsforskningssentrene ut omsorgsplanperioden.

Det foreslås at 5 mill. kroner til forskning på habilitering og rehabilitering videreføres i 2013. Et forskningssenter (Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models and Services) forankret ved Universitetet i Oslo er etablert for å utvikle kompetanse og forskning av høy kvalitet på utvalgte temaer innenfor feltet. Senteret skal også drive forskning, ha oversikt over pågående forskning og skal oppsummere hva som finnes av forskning. Senteret vil ha en nasjonal funksjon og styrke rehabiliteringsforskningen gjennom utvikling av kunnskap og metoder for organisering og samhandling av relevant praksis. Programmet finansierer to prosjekt med relevans for rehabilitering. Bevilgningen ses i sammenheng med andre relevante forskningsprogrammer i Forskningsrådet.

Det foreslås at 5 mill. kroner fra den tidligere Aldersforskningssatsingen legges til dette programmet for å styrke det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget på dette området. Det bør satses både på helse- og samfunnsprosjekter og på tvers av fagdisipliner.

Programmet hadde totalt 64 prosjekter i porteføljen i 2011, inkludert fem sentre for omsorgsforskning, ett Harkness Fellowship, driftstøtte til habiliterings og rehabiliteringssenteret CHARM, miljøstøtte til Helseøkonomimiljøene HEB (i Bergen) og HERO (i Oslo). Det ble finansiert om lag 12 prosjekt med særlig relevans for samhandling mellom tjenestenivåer og/eller mellom sektorer. Andre temaer er bl.a. samarbeid og utvikling av

integreerte tjenestetilbud til brukere av kroniske lidelser, potensialet for internettbasert samhandling, barriere for samarbeid mv. mellom tjenestenivå, prosjekter med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester og prosjekter med temaet Eldres sykdommer og utfordringer knyttet til alderdom. Det er videre 13 prosjekter med relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester og 15 prosjekter med temaer om Eldres sykdommer og utfordringer knyttet til alderdom. Av prosjektene som fikk støtte i 2011 var ett innovasjonsprosjekt i offentlig sektor (IPO) og ett utenlandsstipend. Det vises også til omtale av omsorgsforskning under kap. 761, post 21.

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 begrensinger, men sykdommer og lidelser som representerer betydelige menneskelige og/eller økonomiske utfordringer for samfunnet vektlegges. Hovedprioriteringen er nasjonale og flerregionale kliniske studier. Innenfor tannhelsetjenesten, allmenntilleggsmedisin 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.

Utlysning i 2011 dekker hele programmets bredde og seks nye prosjekter er startet opp, hvorav ett postdoktoratstipendiat.

Program for miljøpåvirkning og helse (programperiode 2011–2015)

Programmet finansierer forskning om menneskets helse knyttet til eksponering overfor miljøfaktorer. Det overordnede målet for programmet er å skaffe 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.

Programmet etterfølger Program for miljø, gener og helse (2006–2010).

Totalt finansierte programmet 32 prosjekter inkludert 5 doktorgradsstipendiater og 14 postdoktorstipend i 2011, hvorav 6 nye i 2011.

Program for psykisk helse (programperiode 2011–2015)

Programmets overordnede mål er å bidra til utvikling av relevant kunnskap om psykisk helse med sikte på å fremme den psykiske helsen i befolkningen. De spesifikke satsingsområdene er barn og unges psykiske helse, transkulturelle faktorer ved psykisk helse og behandlingsforskning. Innenfor de prioriterte områdene skal det settes i gang prosjekter av høy kvalitet og øke andelen prosjekter med aktive internasjonale samarbeidspartnere. Kombinasjonen psykisk lidelse og rusmiddelbruk ivaretas gjennom programmet.

Gjennom programmet finansieres en del av Nasjonale satsingsområder for tverregionale helseprosjekter (Nasats) innenfor Alvorlige psykiske lidelser som er en nasjonal satsing i samarbeid med Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG).

En intensjonsavtale mellom Forskningsrådet og National Institute of Mental Health i USA og bruk av felleseuropeisk infrastruktur er viktige virkemidler for å styrke kvalitet og kapasitet i norsk forskning på området. I samarbeid med programstyret for Rusmiddelforskning er det startet planlegging av en satsing for å stimulere til økt samarbeid med National Institute of Mental Health i USA.

Våren 2011 ble det lyst ut midler til programmet, herunder til satsingen Barn som pårørende

Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (programperiode 2012–2020)

Program for global helse- og vaksinasjonsforskning er en videreføring av forløperen under samme navn (2006–2011). Programmets overordnede målsetning er å støtte forskning som kan bidra til vedvarende bedringer i helsetilstanden og utjevning av helseulikheter for fattige mennesker i lav- og mellominntektsland. De prioriterte temaområdene er vaksine- og vaksinasjonsforskning, helsesystem- og helsepolitikkforskning, innovasjon i teknologi og metodeutvikling og implementeringsforskning. Programmet vil støtte forskning som generelt omhandler helseproblemer blant fattige mennesker i lavinntektsland, og prosjekter knyttet til produktutvikling i mellominntektsland. Hovedvekt vil være på FNs helserelaterte tusenårsmål, dvs. barne- og mødre helse, samt smittsomme sykdommer.

I 2011 hadde programmet utlysning av skisser. I 2012 avholdes det en utlysning med fulle søknader.

Programmet finansierer også prosjekter gjennom EUs forskningsprogram The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP). Norge deltar i arbeidet med en videreføring av fase II av programmet. 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.

Rusmiddelforskningsprogrammet (programperiode 2007–2012)

Rusmiddelforskningsprogrammet skal bidra til å utvikle kunnskap om rusmidler med sikte på å redusere rusproblemer i samfunnet. Programmet skal bidra til sterkere akademisk forankring av rusmiddelforskningen, mer undervisning, økt synlighet og status for rusmiddelfeltet.

Gjennom programmet finansieres basal biomedisinsk forskning, behandlings- og rehabiliteringsforskning og samfunnsvitenskapelig forskning. Programmet har fem prioriterte forskningsområder: rusmiddelrelaterte skader og konsekvenser for tredjepart, arbeidsliv og rus, tidlig intervensjon og vanedannende legemidler og cannabis. Om lag halvparten av satsingen går til oppbygging og utvikling av Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo. Universitetet i Oslo fikk midler til oppbygging av senteret etter en nasjonal konkurranseutsatt utlysning. Senteret driver klinikknær rusmiddelforskning i tillegg til undervisning og veiledning. Våren 2011 ble det avsluttet en omfattende, internasjonal evaluering av virksomheten til Senter for rus og avhengighetsforskning i regi av Forskningsrådet. Evalueringen var svært positiv og anbefalte at senteret får midler til drift for en ny femårsperiode. Det har også vært foretatt en foreløpig kunnskapsoppsummering av prosjektene i programmet. Hovedinntrykket i evalueringen viser at kvaliteten på prosjektene er gjennomgående god, og viser stor variasjon i problemstillinger og metode. I 2011 finansierte programmet i alt 31 prosjekter.

Programmet skal videreføres til 2015 og programplanen skal revideres i 2013. Det vil bli etablert et felles programstyre for rusmiddelforskningsprogrammet og programmet for psykisk helseforskning i regi av Norges forskningsråd. Hensikten er å se rus og psykisk helse mer i sammenheng. I tråd Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, alkohol – narkotika – doping, foreslår regjeringen å styrke programmet

med 4 mill. kroner, samt å prioritere sterkere forskning om dopingmidler og forskning på hvilke forebyggings tiltak som gir best resultater, se for øvrig kap. 763.

*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.

I 2011 ble 22 prosjekter finansiert gjennom programmet, hvorav 20 var forskningsprosjekter. Programmet har ikke lyst ut midler til prosjekter i 2011.

Forskningsrådets gjennomfører i 2012 en evaluering av Nasjonalt senter for stamcelleforskning. Viktige mål med evalueringen er å vurdere den vitenskapelige kvaliteten ved senterets stamcelleforskning, samt å vurdere senterets rolle som virkemiddel for å styrke norsk stamcelleforskning.

Inneværende programperiode utløper 21. desember 2012, og programmet planlegges videreført for en ny femårsperiode fra 2013 til 2017.

*Offentlige initierte kliniske studier
(programperiode 2011–2015)*

Programmet startet opp i 2011 og skal finansiere offentlige initierte kliniske studier som kan bidra til kunnskapsbaserte beslutninger og implementering av tiltak på kreftområdet innen forebygging, diagnostikk, behandling og omsorg. Resultatene skal bedre grunnlaget for prioriteringer i klinisk praksis, og bidra i arbeidet med nasjonale retningslinjer og prosedyrer.

Spesielt med programmet er vektlegging av prosjekter som ikke initieres og/eller finansieres av andre aktører. Prioriteringsfunksjonen knyttet til offentlige initierte kliniske studier på kreft er lagt til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Ordningen innføres som et pilotprosjekt over en femårsperiode. Norges forskningsråd er gitt den

utførende oppgaven knyttet til bl.a. nasjonal utlysning av forskningsmidlene og gjennom oppfølging og rapportering til Nasjonalt råd for prioritering og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og Helse- og omsorgsdepartementet. Første utlysning i 2011 på prioritert tema Individuell tilpasning av behandling til kreftpasienter fikk 22 søknader, hvorav tre prosjekter ble helt eller delvis innvilget.

Etter programperioden skal programmet evalueres som grunnlag for å vurdere en utvidelse til å inkludere offentlige initierte kliniske studier på flere områder enn kreft. 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 (Tanscan).

*Praksisrettet FoU for helse- og velferdstjenestene
(PraksisVEL)*

Det foreslås å etablere et nytt forskningsprogram i Norges forskningsråd som vil bidra til å øke forskningsforankringen i fagmiljøene som gir helse- og sosialfaglig utdanning jf. Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Programmet som er omtalt i Stortingsmeldingen om velferdsutdanningen, skal styrke grunnlaget for kunnskapsbasert yrkesutøvelse, for den enkelte sektor og på tvers av sektorer, gjennom styrking av praksisnær forskning. Denne satsingen er et samarbeid mellom Arbeidsdepartementet, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det vil bli vurdert hvordan programmet kan bygge videre på erfaringene fra Høgskole- og universitetssosialkontor-prosjektet (Husk-prosjektet).

Strategiske satsinger

Strategisk satsing brukes som en betegnelse for aktiviteter som det ikke er hensiktsmessig å organisere som et eget program. En vanlig årsak er at det øremerkede beløpet er for lite til at det lar seg forsvare å ha et forskningsprogram. En annen årsak kan være at temaet ligger i grenselandet mellom to eller flere pågående program slik at det er ønskelig med samarbeid om en satsing.

Aldersforskningssatsing (satsingsperiode 2002–2012)

Aldersforskningssatsingen ble satt i gang i 2002 og avsluttes i 2012. Satsingen er forankret i Velferdsprogrammet (nå del av programmet Velferd,

aldring og migrasjon) og Program for helse- og omsorgstjenester. Siden satsingen avsluttes i 2012 foreslås at midlene videreføres ved at 5 mill. kroner legges til helse- og omsorgsprogrammet og 5 mill. kroner øremerkes til den europeiske fellessatsingen på Nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer.

Fellessatsing i EU Nevrogenerative sykdommer/Alzheimer og Nevronor

Det foreslås å øremerke 5 mill. kroner til den europeiske fellessatsingen på nevrogenerative sykdommer/alzheimer. Dette for å sikre mulighet for norske forskere til å delta i den europeiske fellessatsingen. Satsingen omfatter både helse- og omsorgstjenesteforskning og biologisk og medisinsk demensforskning. Det foreslås at midlene øremerkes fellessatsingen, men at Forskningsrådet står fritt til å vurdere omfanget av midler som bør tildeles gjennom hhv helse- og omsorgstjenesteforskningsprogrammet og Nevronor.

Kvinnehelse

Forskningsprosjekt med midler øremerket Kvinners helse inngår i porteføljen til flere av helseprogrammene i Forskningsrådet. I satsingen på kvinners helse ble ett prosjekt startet opp i 2011. Totalt har satsingen på kvinners helse finansiert 12 prosjekter i perioden 2004 til og med 2011. Ett av prosjektene om fysisk aktivitet hos brystkreftpasienter ble avsluttet i 2011. Et resultat av selvrapportering fra brystkreftrammede viser behovet for individualiserte aktivitetsopplegg både for brystkreftrammede som har avsluttet behandling og de som er under aktiv behandling. Det er i tillegg flere pågående prosjekter med særlig relevans for kvinners helse i Forskningsrådets prosjektportefølje, både i og utenfor helseprogrammene. Tematisk spenner prosjektene vidt, som f.eks. hvorfor gravide drikker alkohol, kjønnsrelatert vold og graviditet, sykefravær og kjønn, og hvordan kvinners helse påvirkes av egne barns spesielle helsebehov. Kjønnsperspektivet adresseres i alle aktuelle programplaner med føringer om å ivareta temaet i forskningen. Kjønnsperspektivet er særlig relevant i større randomiserte kliniske studier innenfor programmet Klinisk forskning, men også i andre programmer. I 2011 finansierte f.eks. Klinisk forskning 13 randomiserte studier, og i seks av disse var kjønnsperspektivet adressert. Tre var innenfor muskel- og skjelettlidelser, en innenfor henholdsvis hjerte/kar, slag og tilbake-

fall/dødelighet hos opoidavhengige pasienter etter løslatelse fra fengsel.

Forskning på området barn som pårørende

I statsbudsjettet for 2011 ble forskning på området barn som pårørende en ny strategisk satsing. 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. Forskningen forankres i et barne- og familieperspektiv. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5 mill. kroner i 2013.

Det vises til omtale av barn som pårørende under kap. 781, post 79.

EUs strålevernprogram

Forskningsprogrammet til Euratom er en del av EUs rammeprogram for forskning, men omfattes ikke av EØS-avtalen. Det vil bli lagt vekt på at de norske fagmiljøene deltar i 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.

I 2007 ble det bevilget midler til en ekstern, uavhengig evaluering av programmet i regi av Forskningsrådet. Evalueringen omfatter bl.a. aspekter som dødelighet, utvikling av intervallkreft og overdiagnostikk, i tillegg til kost-nytte.

Datatilsynet fattet i 2009 et vedtak som innebærer at personopplysninger knyttet til negative funn (normale prøvesvar) i mammografidatabasen må slettes senest etter seks måneder etter registrering, dersom den enkelte kvinnen ikke har samtykket til at slike data lagres permanent. Dette førte til en utsettelse av evalueringen. Vedtaket ble påklaget til Personvernemnda som i vedtak av 26. august 2009 tok klagen delvis til følge. Samtykket måtte innhentes og tidsfristen ble satt til utløpet av 2011.

Kreftregisteret gjennomførte før fristen en prosess med innhenting av samtykke til permanent lagring av personopplysninger ved negative funn. Kreftregisteret har videre innhentet nødvendige godkjenninger fra Datatilsynet, og evalueringen er nå startet opp igjen.

Evalueringen vil etter planen avsluttet i 2013 og det er totalt gitt støtte til sju ulike delprosjekter. Delprosjektene i evalueringen er i tråd med foringene i Mål- og rammedokumentet som ble utarbeidet i forkant av evalueringen.

Følgeevaluering av samhandlingsreformen

Forskningsrådet ble for 2012 tildelt 10 mill. kroner til en forskningsbasert følgeevaluering av Samhandlingsreformen. Evalueringen skal omfatte første del av implementeringsfasen for reformen (2011–2015).

Forskningsrådet har etablert en styringsgruppe til å lede evalueringsoppdraget som består av bl.a. skandinaviske forskere og pasient- og brukerinteresser. Styringsgruppen har i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet

mål- og rammedokumentet for evalueringen. Dette dokumentet skisserer innholdet i de evalueringprosjektene som ønskes satt i gang. Det er behov for prosjekter som både kan gi en prosessorientert og en resultatorientert evaluering av reformens tre hovedmål og de tilhørende virkemidlene (rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske).

I den første utlysningen av midler til evalueringprosjekter våren 2012 ble det invitert til prosjekter innenfor alle temaer i Mål- og rammedokumentet, og det kom 17 søknader. De tre innvilgede prosjektene er tematisk brede, og dekker sentrale spørsmål i Mål- og rammedokumentet. Alle prosjektene skal gjennomføres i samarbeid mellom flere forskningsmiljøer, og de vil starte opp i andre halvår 2012 og avsluttes i løpet av 2015.

Det planlegges en ny og mindre utlysning av prosjektmidler i 2013. Det vil da bli fokusert på de områder som ble svakt dekket i den første utlysningen og ev. nye interessante problemstillinger som har kommet til under implementeringen av reformen.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	73 096	63 619	63 828
70	Norsk Helsennett SF	19 000	40 394	79 727
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	44 560	48 669	64 675
	Sum kap. 0781	136 656	152 682	208 230

Som ledd i oppfølgingen av Meld. St. 30 (2011–2012), Se meg! – En helhetlig rusmiddelpolitikk, foreslås det å opprette to ny lavterskeltiltak for langsiktig oppfølging av gravide mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer og barnet fra fødsel til skolealder i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. Lavterskelforsøkene i Nord-Trøndelag HF og Vestre Viken HF gjøres permanente. Det foreslås 7 mill. kroner til dette tiltaket, samt til levekårsundersøkelse om barn av rusavhengige foreldre og styrking av kunnskapen om forebygging av rusmiddelskader hos barn.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 0,8 mill. kroner til kap. 720, post 01, knyttet til registerdata for prehospitale tjenester.
- 0,41 mill. kroner fra kap. 720, post 01, knyttet til abort- og steriliseringsnemndene.
- 0,5 mill. kroner fra kap. 733, post 21, knyttet til retningslinjer for radiologi og hjerte/kar.
- 2 mill. kroner til kap. 781, post 79, knyttet til multisenterstudie på CFS/ME.

Formålet med posten er å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av helsetjenester.

ter. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som ble finansiert i 2012, og enkelte av prosjektene som vil bli finansiert i 2013.

Nødnett

Det nye nødnettet er et nytt landsomfattende digitalt kommunikasjonsnett for akuttetatene i landet. Den nasjonale utbyggingen er inndelt i 5 faser, og skal etter planen fullføres i 2015.

Første byggetrinn er avsluttet, og har omfattet Østfold, Oslo, Akershus og søndre Buskerud. De akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK-sentralene) og ambulansetjenesten har tatt i bruk det nye kommunikasjonsnettet i disse områdene. Akuttmottak og legevaktsentraler inklusive leger i vaktberedskap tok nettet i bruk våren 2012. Erfaringer så langt tyder på at det nye nettet i hovedsak fungerer i samsvar med forutsetningene om mer effektiv samhandling og koordinering både i og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og med politi og brannvesen. De første nødnettradioene er installert i ambulanshelikoptre.

Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK) er ansvarlig for nasjonal utbygging. De ansvarlige departementene for Nødnett, Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, vil følge opp DNK i prosjektperioden gjennom fastlagte rutiner for etatsstyring. Utbyggingen for helsetjenesten er et samarbeid mellom de regionale helseforetakene, kommunene og Helsedirektoratet, i tillegg til samarbeid med fagdirektoratene Politidirektoratet (POD) og Direktoratet for samfunnsberedskap (DSB). I kommunene skal samtlige legevaktsentraler, leger i vakt, fastleger og helsepersonell med ansvar for øyeblikkelig hjelp knyttes til nettet. I helseforetakene skal samtlige Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK), sykehus med akutfunksjoner innen somatikk og psykisk helsevern og den samlede ambulansetjenesten tilknyttes.

Helsedirektoratet skal ivareta det overordnede prosjektansvaret for helsetjenestens delprosjekt. De regionale helseforetakene vil gjennom Helsetjenestens driftsorganisasjon ha det praktiske ansvaret for utbyggingen i kommune- og spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene etablerer i 2012 en ny driftsorganisasjon for å sikre en god forvaltning av det nye digitale sambandet i helsetjenesten.

Nasjonal utbygging innebærer for Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene oppbygging av en nasjonal prosjektorganisasjon for implementering, opplæring og gevinstrealisering.

Dette innebærer etablering av sentral organisering, planverk for nasjonalt utrullingsløp med designfase, testfase og opplæringsaktiviteter, samt overføring til drift. Utover dette kommer arbeidet med evaluering og gevinstrealisering i helsetjenesten og på tvers av nødetatene.

Drift og nødvendig oppgradering av det eksisterende helseradionettet er sentralt mens utbygging av nytt nødsamband pågår, og det ble i 2012 bevilget 20 mill. kroner til utskifting av kjernekomponenter for at helseradionettet skal fungere fram til nytt nødnett er ferdig utbygget.

I forbindelse med oppfølging av hendelsen 22. juli 2011 og de utfordringene som ble avdekket i forbindelse med den akuttmedisinske innsatsen i helsetjenesten, vil det være behov for oppfølgende aktiviteter i nødnettprosjektet og nødetatene i tråd med anbefalingene fra helsetjenestens egen gjennomgang og 22. juli-kommisjonen. Det vil bl.a. bli vurdert om det må settes i verk komplementerende tiltak i det eksisterende Helseradionettet.

Det foreslås at bevilgningen videreføres med 15,6 mill. kroner i 2013. I tillegg kommer utgifter nødetatene i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har med å ta imot nødnettutstyret og lære opp de ansatte til å ta dette i bruk.

Helsetjenestens veiledningssenter

Helsetjenestens veiledningssenter er en telefontjeneste som er opprettet for å hjelpe brukere med å finne fram til riktig tjeneste innenfor helse- og omsorgssektoren. Den driftes av Helfo. Videreutviklingen av Helsetjenestens veiledningssenter må sees i sammenheng med videreutviklingen av nasjonal helseportal, som på sikt skal bestå av både nett- og telefontjeneste. Målet er at pasienter og brukere kan benytte én hovedportal inn til den norske offentlige helsetjenesten.

Nasjonalt program og kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i Helse- og omsorgssektoren (InnoMed)

InnoMed er et nasjonalt program og kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Målsettingen er å utvikle løsninger forankret i nasjonale behov, med internasjonale markedsmuligheter. Formålet er å øke kvaliteten og effektiviteten i sektoren. Det er etablert et strategisk samarbeid med Innovasjon Norge om virksomheten. Det ytes midler til drift av sekretariatet, regionale innovasjonsrådgivere, møteplasser, kunnskapsutvikling og formidling,

og innovasjonsprosjekter. InnoMed har en sentral rolle i den tiårige satsningen på innovasjon i helse- og omsorgssektoren mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet deltar sammen med Helse- og omsorgsdepartementet i det nasjonale leverandørutviklingsprogrammet til Nærings- og handelsdepartementet og Kommunesektorens organisasjon, jf. omtale under kap. 732, post 21 og kap. 769, postene 21 og 70. Innovasjonsaktiviteten ved de regionale helseforetakene økte i 2011, jf. omtale under kap. 732.

InnoMeds virksomhet i 2011 har bl.a. omfattet planlegging og avvikling av Helse- og omsorgskonferansen i samarbeid med Helsedirektoratet, deltakelse i koordineringsutvalget for Regjeringens innovasjonssatsning og i sekretariatet til Hagen-utvalget. Videre har aktiviteten resultert i 7 nasjonale møteplasser, 15 nye forprosjekter og 13 nye OFU-/ hovedprosjekter innenfor tjenesteutvikling, IKT, medisinsk-teknisk utstyr og tekniske hjelpemidler.

InnoMed har i perioden 2006–2011 en portefølje på 81 innovasjonsprosjekter i helse- og omsorgssektoren, hvorav 38 OFU-/hovedprosjekter og 43 forprosjekter. Av de 38 hovedprosjekter er 14 implementert i sektoren.

Det settes i gang en evaluering av InnoMed i løpet av 2012.

Nasjonale helsekonferanser

Det er behov for arenaer hvor aktører i helse- og omsorgstjenesten kan vurdere videreutvikling av tjenesten for å nå de helsepolitiske målene. Helse- og omsorgsdepartementet har, i samarbeid med Helsedirektoratet, invitert til nasjonale helsekonferanser siden 2007. Konferansene er blitt et møtested for ledere, brukere, bransjeorganisasjoner og fagfolk, og er en viktig arena for dialog.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet. Det skal skaffe gyldig og pålitelig informasjon om helse- og omsorgstjenestens kvalitet og prestasjoner, både når det gjelder status og langsiktige trender. Kvalitetsindikatorer kan fungere som grunnlag og insitament for kvalitetsforbedring, og for styring og helsepolitiske prioriteringer. De kan også benyttes av pasienter og brukere som grunnlag for å velge tjenestested.

Helsedirektoratet har ansvar for å drifte og videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og å inkludere nye områder innen helse- og omsorgstjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal på oppdrag fra Helsedirektoratet bistå med utvikling, drift og validering.

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer har vært stabilt de siste årene, men i 2011 ble det utviklet og publisert flere nye kvalitetsindikatorer, deriblant ventetider for kreft, overlevelse etter kreft og 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse. Samtidig pågår et betydelig arbeid som på sikt vil bidra til å få et kvalitetsindikatorsystem som belyser status og utvikling i norsk helsetjeneste. Helsedirektoratet utarbeidet i 2011 et 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.

Det nasjonale systemet for utvikling av nye kvalitetsindikatorer er under implementering. Fokusområdene i 2012 er kreft, pleie og omsorg, psykisk helse og rus samt diabetes. Resultatene på de nasjonale kvalitetsindikatorerne er tilgjengelige på den nye helseportalen helsenorge.no og Helsedirektoratets statistikkside. Gjennomføring av Nasjonalt helseregisterprosjekt, med satsing på nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre, er viktig for videreutvikling av indikatorer innenfor det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Indikatorarbeidet i Norge koordineres med arbeidet i Nordisk Ministerråd og OECD Health Care Quality Indicator Project. Arbeidet, i regi av OECD, fortsetter med mål om å forbedre indikatorerne og få etablert flere, spesielt resultatindikatorer.

Se omtale av Nasjonalt helseregisterprosjekt under kap. 782 Helseregistre.

Se omtale av Nasjonalt helseregisterprosjekt under kap. 782 Helseregistre.

Kronisk utmattelsesyndrom/myalgiskencefalopati (CFS/ME)

En rapport fra Helsedirektoratet (2007) påviste store mangler i tilbudet til pasienter med CFS/ME. Det er siden 2007 gitt årlige tilskudd på 5 mill. kroner for å sikre nasjonal kompetanseoppbygning og styrke tilbudet til denne gruppen. Regionale helseforetak er i samme periode bedt om å sikre pasienter med CFS/ME et adekvat tilbud om utredning, behandling og rehabilitering, herunder lærings- og mestringkurs.

For å styrke den nasjonale forsknings- og kompetanseoppbyggingen, har departementet i 2012

opprettet en ny nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME. Den nasjonale kompetansetjenesten skal bidra til å utvikle og heve kvaliteten på tjenestene til pasienter med CFS/ME i et helhetlig behandlingsforløp. Den nasjonale kompetansetjenesten har ansvar for å sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning og skal bidra med veiledning til hele helsetjenesten. Den nasjonale kompetansetjenesten har ansvar for å overvåke og formidle behandlingsresultater, delta i forskning og undervisning, og etablere forskernettverk. Tjenesten skal også bidra i utvikling av nasjonale retningslinjer i regi av Helsedirektoratet, samt implementering av disse og kunnskapsbasert praksis.

Helse Sør-Øst RHF ble i 2012 tildelt 2 mill. kroner over kap. 781, post 79 til Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME. Det foreslås å overføre 2,1 mill. kroner fra kap. 781, post 79 til kap. 732, post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester til finansiering av nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME i Helse Sør-Øst RHF.

I tillegg ble det i 2012 gitt et tilskudd til Helse Vest RHF på 2 mill. kroner til en nasjonal klinisk multisenterstudie på CFS/ME. Bevilgningen foreslås videreført over kap. 781, post 79 i 2013.

Helsedirektoratet arbeider med å utarbeide et rundskriv til fastleger, helse- og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten. For så sikre kompetanseoverføring og kompetanseutvikling har Helsedirektoratet gjennomført erfaringskonferanser og gitt tilskudd til flere fagutviklingsprosjekter. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å videreføre dette arbeidet med 1 mill. kroner over kap. 781, post 79 og 2 mill. kroner over kap. 781, post 21.

Prehospitaltjenester – rapportering av data

Helsedirektoratet fikk i 2006 i oppdrag å utvikle et system for innsamling og bearbeiding av data fra de prehospitaltjenester. I tillegg fikk direktoratet i 2009 i oppdrag å legge til rette for innrapportering av data fra den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Prosjektene sees i sammenheng og er i første omgang begrenset til driftsdata fra de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene og data fra bilambulansetjenesten.

Helsedirektoratet har så langt levert to rapporter med nasjonale data fra AMK-sentralene. Det planlegges å utarbeide en årlig hovedrapport som viser trender og utvikling og tertialrapporter som kun viser aktivitet i den aktuelle tidsperiode. Rapportering av data inneholder fortsatt feilkilder som kan medføre noe redusert kvalitet på dataene

som presenteres. Helsedirektoratet arbeider videre i samarbeid med de regionale helseforetakene med sikte på å øke datakvaliteten.

Helsedirektoratet ble i 2011 tildelt 2,6 mill. kroner og i 2012 1,8 mill. kroner til dette arbeidet. Formålet med tilskuddet er å videreutvikle et mer omfattende datasett, inkludere luft- og bilambulansetjenesten, avklare av juridiske problemstillinger knyttet til formålet i Norsk pasientregisterforskriften og gjennomføre nødvendige tilpasninger i mottakssystemet i Norsk pasientregister. Det foreslås å flytte 0,8 mill. kroner til Helsedirektoratet driftsbudsjett kap. 720, post 01.

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 samsvar 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.

Spesialistutdanninger

I 2011 ble Helsedirektoratet gitt i oppgave å starte en gjennomgang av spesialistområdet for helsepersonell. Arbeidet er fulgt opp i 2012. Direktoratet skal foreta en gjennomgang av spesialitetsstruktur og -innhold for leger og vurdere om flere enn dagens helsepersonell (leger, tannleger og optikere) bør gis offentlig spesialistgodkjenning. Behovet for rådgivende organer i spesialistutdanningen for leger skal vurderes. Det skal også foretas en vurdering av framtidig organisering av spesialistutdanningen for leger, med sikte på å oppnå ryddigere rollefordeling og tydeliggjøre myndighetsansvaret. For å legge et best mulig grunnlag for gjennomgangen av spesialistområdet, har Helsedirektoratet lagt fram en utredning med tittelen: Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. Gjennomgangen av spesialitetsstruktur og -innhold for leger startet opp i 2012 og intensiveres høsten 2012.

Departementet har forutsatt en bred involvering av berørte aktører underveis i arbeidet. Arbeidene må sees i sammenheng med andre aktuelle prosesser på spesialistområdet. Området er omfattende og komplekst. 29 helseprofesjoner har autorisasjon. Flere yrkesorganisasjoner har etablert profesjonsinterne spesialiteter med egne godkjenningsordninger. Faglige, administrative

og økonomiske konsekvenser av ev. endringer vil bli grundig utredet. Gjennomgangen av spesialistområdet for helsepersonell medfører bl.a. utgifter til lønn, møter og reiser. Det foreslås at tilskuddet på 2 mill. kroner til gjennomgangen videreføres. Se ytterligere omtale under kap. 783, post 21.

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 pasientarkiv 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.

De nødvendige lovendringer er gjennomført, jf. Prop. 99 L (2011–2012) Endringer i helseregisterlova mv. (etablering av Norsk helsearkiv m.m.) og Innst. 351 L (2011–2012). Det pågår et arbeid med å få på plass forskrifter, bl.a. om hvilke deler av eldre pasientarkiver som skal bevares for ettertiden i Norsk helsearkiv og for det helseregisteret som må etableres hos Norsk helsearkiv.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for etableringen og oppbyggingen av Norsk helsearkiv, og departementet har budsjettansvar for Norsk helsearkiv i denne perioden. Riksarkivaren har, etter oppdrag fra Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, etablert en interimorganisasjon for Norsk helsearkiv. Interimorganisasjon har bl.a. som oppgave å:

- kartlegge og vurdere aktuelt papirbasert og elektronisk arkivmateriale mv som kan avleveres til Norsk helsearkiv
- utvikle/tilpasse IT-systemer til bruk i Norsk helsearkiv
- legge til rette for etablering av organisasjonen på Tynset
- bidra i arbeidet med avklaring av egnede lokaler for Norsk helsearkiv på Tynset

Det er bestemt at det skal etableres et sentraldepot for Arkivverket som samlokaliseres med Norsk helsearkiv på Tynset. Statsbygg er gitt i oppdrag av Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide forprosjekt med kostnadsramme for arkivbygget. Det vises til Prop. 1 S (2012–2013) for Kulturdepartementet.

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 10 mill. kroner i 2013. Bevilgningen skal i hovedsak dekke interimorganisasjonens utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjekt-

leder, IKT-utstyr og andre utgifter knyttet til forprosjektet.

Post 70 Norsk Helsenett SF

Det foreslås følgende styrkinger og tiltak:

- 30 mill. kroner knyttet til tiltak for å øke bruken av elektroniske meldinger
- 8 mill. kroner knyttet til etablering av test og godkjenningsordning (sertifisering) for de viktigste systemene i helse- og omsorgssektoren

Norsk Helsenett SF ble stiftet som statsforetak i 2009 og eies av Helse- og omsorgsdepartementet. Statsforetaket skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Norsk Helsenett SF skal bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til beste for pasienter, helsepersonell og befolkningen for øvrig.

Norsk Helsenett SF har et ikke-økonomisk formål. Statsforetakets kunder er kommuner, fastleger, sykehus, andre helsepersonellgrupper og tredjeparts tjenestetilbydere, slik som drifts- og systemleverandører. Norsk Helsenett SF sine kjerneoppgaver er å ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren. Videre skal statsforetaket legge til rette for og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling.

Samhandlingsreformen medfører økt behov for elektronisk kommunikasjon i hele helse- og omsorgssektoren, og digitalisering i helse- og omsorgssektoren er viktig for regjeringen, jf. regjeringens digitaliseringsprogram, På nett med innbyggerne, og stortingsmelding om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Dagens elektroniske kommunikasjon består i dag hovedsakelig av elektroniske meldinger. Flere og flere aktører er nå tilkoblet helsenettet, og hver dag går det nå mer enn 400 000 meldinger over helsenettet. Dette er en positiv utvikling, men det er fortsatt behov for bistand i forbindelse med innføring av elektroniske meldinger. Norsk Helsenett SF skal bidra med koordinering, rådgivning, kvalitetssikring og bistand i forbindelse med innføring av elektroniske meldinger i sektoren. Statsforetaket har i 2012 etablert et prosjekt for kommunal utbredelse av meldinger. Målet med prosjektet er at alle kommuner skal få hjelp og bistand til å etablere elektronisk meldingsutveksling med helseforetak og fastleger i perioden fram til 2014. Norsk Helsenett SF har i prosjektet etablert regio-

nale kompetanseorganisasjoner med koordinatører og samarbeidskommuner i regionene midt, vest, sør og øst. Statsforetaket følger også opp prosjektet for utbredelse av elektronisk meldingsutveksling i alle kommunene i Nordland, Troms og Finnmark (Funnke). Det foreslås at Norsk Helsenett SF også skal vurdere, og legge til rette for, framtidsrettede løsninger som understøtter effektiv elektronisk samhandling mellom aktørene i sektoren.

Norsk Helsenett SF skal sørge for en sikker IKT-infrastruktur. Alle aktørene som blir knyttet til helsenettet er forpliktet til å følge Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgs- og sosialsektoren. Norsk Helsenett SF og Helsedirektoratet skal samarbeide om oppgavefordeling og organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet i helse- og omsorgssektoren. Norsk Helsenett SF har etablert HelseCSIRT (Computer Security Incident Response Team) som skal være helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet. Senteret skal spre kompetanse om IKT-trusler og beskyttelsesmekanismer, og kontinuerlig overvåke trafikken på helsenettet. Målet er å forebygge og avhjelpe uønskede IKT-sikkerhetshendelser og ondsinnede inntrengningsforsøk.

Norsk Helsenett SF har oppgaven med å drifte Adresseregisteret som er en sentral tjeneste for å få til effektiv elektronisk meldingsutveksling. Adresseregisteret skal være sikkert og tilgjengelig med godt brukergrensesnitt, og videreutvikles med ny funksjonalitet tilpasset brukernes behov. Norsk Helsenett SF drifter også en kopi av Det sentrale folkeregisteret. Det bør vurderes om statsforetaket skal drifte andre administrative registre.

Norsk Helsenett SF har også oppgaven med å drifte den nasjonale helseportalen, helsenorge.no. For å ivareta sikker drift av helsenorge.no har Norsk Helsenett SF etablert et eget driftssenter i Trondheim. Norsk Helsenett SF skal i 2013 sørge for stabil drift av helseportalen og nasjonal kjernejournal, og forberede for drift av andre løsninger som database for elektroniske resepter (reseptformidleren).

En forutsetning for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, er bruk av felles arkitektur og standarder for samhandling. Det arbeides med en forskrift om sentrale funksjonskrav og standardisering. Forskriften vil også omhandle krav om sertifisering av funksjonalitet i de viktigste IKT-systemene i helse- og omsorgssektoren. En sertifiseringsordning skal sikre at systemer fungerer sammen og utveksler informasjon kor-

rekt for å understøtte helsehjelpen som gis. Som en del av en sertifiseringsordning, foreslås å etablere muligheter for å teste funksjonalitet i IKT-systemene. Det foreslås at dagens test- og godkjenningsordning for meldinger videreutvikles ved at det etableres et eget testsenter for hele helse- og omsorgssektoren i Norsk Helsenett SF. Testsenteret skal inneholde ulike versjoner av systemer hvor funksjonalitet kan testes ut. Videre skal testsenteret tilby bistand til aktørene i testperioden.

Post 79 Andre tilskudd

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 2,1 mill. kroner til kap. 732, post 78, knyttet til ny nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME
- 2 mill. kroner fra kap. 781, post 21, knyttet til multisenterstudie på CFS/ME
- 2 mill. kroner fra kap. 734, post 72 knyttet til Familieambulatorium

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

Det vises til omtale under kap. 781, post 21. Det foreslås å videreføre et tilskudd med inntil 1 mill. kroner i 2013 til CFS/ME over kap. 781, post 21. Samtidig foreslås å overføre 2 mill. kroner fra kap. 781, post 79 til kap. 732, post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester.

Det foreslås også å overføre 2 mill. kroner fra 781, post 21, til kap. 781, post 79 til forskning på CFS/ME i Helse Vest RHF.

Nasjonalt medisinsk museum

Nasjonalt medisinsk museum ble opprettet i 2001 som en del av Norsk Teknisk Museum, etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Museet skal formidle medisinhistorie ved å dokumentere og bevare gjenstander, fotografier, arkivmateriale og bøker innenfor sitt felt, samt videreutvikle museets utstillinger.

Organdonasjon

Flere mennesker som trenger det skal få tilbud om livreddende organtransplantasjon. Nasjonalt fagråd for organdonasjon ble opprettet høsten 2009 i regi av Helsedirektoratet, som også ivaretar sekretærfunksjonen for rådet. Oslo universitetssykehus HF har landsfunksjon for organtransplanta-

sjon. Antall organtransplantasjoner har økt fra 303 i 2001 til 450 i 2011. Nyretransplantasjoner, som det skjer flest av, skjer med organer fra avdøde og levende giver.

Stiftelsen Organdonasjon

Det gis tilskudd til Stiftelsen Organdonasjon. Stiftelsen driver opplysningsarbeid overfor befolkningen og media for at flest mulig skal ta stilling til organdonasjon.

Norsk ressursgruppe for organdonasjon, Norod

Det gis tilskudd til Norod. Gruppen består av helsepersonell fra flere donorsykehus og fra transplantasjonsmiljøet ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Opplæring av helsepersonell i kommunikasjon med pårørende er en prioritert oppgave.

Hornhinnetransplantasjon

Regionale helseforetak er gitt i oppdrag å etablere egne rutiner for å innhente samtykke til hornhinne-donasjon. Det er et mål at sykehusene skal bli selvforsynte med hornhinner.

Hornhinnetransplantasjoner foretas i dag ved St. Olavs Hospital HF, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus HF, Ullevål.

Barn som pårørende

Regjeringen har i Meld. St. 30 (2011–2012), Se meg! – En helhetlig rusmiddelpolitikk, foreslått flere tilbud for å styrke tilbudet til barn med rusavhengige foreldre. Det opprettes to ny lavterskeltiltak for langsiktig oppfølging av gravide mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer og barnet fra fødsel til skolealder i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. Lavterskelforsøkene i Nord-Trøndelag HF og Vestre Viken HF gjøres permanente.

I tråd med stortingsmeldingen ble det høsten 2012 i gangsett en levekårsundersøkelse for barn med rusavhengige foreldre. En gruppe ungdommer med rusavhengige foreldre er referansegruppe for undersøkelsen som videreføres i 2013. Kunnskapen om forebygging av rusmiddelskader hos barn skal styrkes.

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 rettstilling. 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. I løpet av 2011 har alle helseinstitusjoner som behandler alvorlig syke voksne pasienter utnevnt barneansvarlige.

Forskning på området barn som pårørende ble i 2011 en egen strategisk satsning gjennom Norges forskningsråd. Forskning på området barn som pårørende videreføres. Det vises til omtale under kap. 780 Forskning.

Sørlandet sykehus HF leder kompetansenettverket Barns Beste som samler, systematiserer og sprer kunnskap og erfaringer til tjenestene. På bakgrunn av evaluering i 2011 vil kompetansenettverkets mandat bli gjennomgått i 2013 for å sikre god spredning av kompetanse i alle regionale helseforetak.

Det foreslås 31,2 mill. kroner til tilskuddet i 2013.

Kompetanse og fagnettverk, Huntingtons sykdom

Kompetansen når det gjelder pleie og omsorg og kommunal tilrettelegging skal styrkes for pasienter med Huntingtons sykdom. Formålet er å etablere et landsdekkende fagnettverk for kompetanse på kommunal tilrettelegging for pleie og omsorgstjenester til pasienter med Huntingtons sykdom. Det finnes ingen kurativ behandling. Sykdommen er langsomt progredierende. Behovene for tjenester endres stadig og strekker seg ofte over mange år. Utfordringene når det gjelder pleie- og omsorgstjenester til pasienter med Huntingtons sykdom er store.

NKS Kløverinstitusjoner AS har fått i oppdrag å lede etableringen av fagnettverk for kompetanse på kommunal tilrettelegging for pleie- og omsorgstjenester til pasienter med Huntingtons sykdom. Fagnettverket ble lansert i juni 2011. NKS Olaviken har fått i oppdrag å være en ledende enhet i samarbeidet som nå skal utvikles. Arbeidet gjøres i nært samarbeid med Landsforeningen for Huntingtons sykdom og nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger og i forståelse med Helse Sør-Øst RHF.

Det foreslås at tilskuddet på 1 mill. kroner videreføres.

Nasjonal strategi for kreftområdet

Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009 ble forlenget ut 2011. Det er satt i gang et arbeid med

å lage en ny nasjonal kreftstrategi som skal lanseres høsten 2012. Strategien blir utarbeidet i samarbeid med Kreftforeningen og fagmiljøer innen kreftbehandling og skal gjelde fra 2013 til 2018. Det vises til omtale under kap. 732, post 70.

Onkologiske faggrupper

De onkologiske faggruppene organiserer legespesialistene innen de enkelte kreftformene. Faggruppene samler, vurderer og behandler forskningsinformasjon om de enkelte kreftformene. Dette formidles til de regionale helseforetakene og bidrar til lik behandling i Norge. Denne informasjonen danner også grunnlaget for de faglige anbefalingene som gjennom handlingsprogrammene utgis som nasjonale faglige retningslinjer. De onkologiske faggruppene gjennomfører forskning og skriver faglige artikler som bidrar til kunnskapsspredning nasjonalt og internasjonalt. Det foreslås at tilskuddet på 1 mill. kroner videreføres.

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 et tett samarbeid med, og gir faglig bistand til Kreftforeningens 12 tilsluttede pasientforeninger. De som kontakter Kreftlinjen kan, som en del av Kreftforeningens rettighetstjeneste, også ved behov få bistand fra Kreftforeningens sosionomer og jurister/advokater. Det ble gitt et tilskudd på 0,8 mill. kroner til Kreftlinjen i 2012. Det foreslås at tilskuddet styrkes med 1 mill. kroner i 2013. Det vises til omtale under kap. 732, post 70 om ny kreftstrategi.

Beslutningsstøtteverktøy for pasienter

Beslutningsstøtteverktøy kan hjelpe pasienter og pårørende med å tilegne seg kunnskap og kommunikasjonsferdigheter slik at de kan bli aktive deltakere i egen utredning, behandling og oppfølging. Verktøyet, som f.eks. kan finnes på DVD eller internett, vil gi pasienter informasjon om ulike behandlingsoalternativer, slik at pasienter sammen med helsepersonell kan treffe valg som er i tråd med deres verdier og preferanser. Det foreslås 2 mill. kroner til etablering av beslutningsstøtteverktøy. Det vises til omtale under kap. 732, post 70 om ny kreftstrategi.

International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP)

I 2010 ble det satt i gang arbeid med norsk deltakelse i et internasjonalt benchmarking prosjekt på kreft (ICBP) for fire krefttyper: lungekreft, brystkreft, eggstokkreft og tykk- og endetarmskreft. Det er forskjell i kreftinsidens (antall nye krefttilfeller i en gitt populasjon innenfor en definert tidsperiode) og kreftoverlevelse mellom land. Formålet med ICBP er å finne de grunnleggende årsaker til disse forskjellene. En gjennomgang av statistikk for kreftoverlevelse i seks vestlige land i årene 1995 til 2007 viser at Australia, Canada og Sverige kommer best ut, Storbritannia og Danmark kommer dårligst ut, mens Norge kommer middels ut. Studien viste at overlevelsen økte i denne perioden for alle de fire krefttypene i alle deltakerlandene. I en ny studie skal det kartlegges forskjeller i kunnskap i førstelinjetjenesten, fastlegenes rolle, årsaker til forsinkelser i pasientforløp og i hvilken grad evidensbasert behandling blir brukt i de ulike landene. Prosjektet skal videreføres til 2013.

Diabetes

Diabetesstrategien har hatt som formål å styrke arbeidet på diabetesfeltet, både når det gjelder forebygging, diagnostisering og behandling. Diabetesstrategien ble videreført til og med 2011. De viktigste resultatene i strategiperioden er utgivelse av nasjonale kliniske retningslinjer, tiltak for å finne personer med udiagnostisert diabetes og/eller høy risiko for å få sykdommen, samt styrking av Diabetesforbundets aktiviteter som omtalt under.

Hvor godt samfunnet og helsetjenesten lykkes med å forebygge og behandle diabetes er en indikator på både hvor godt folkehelsearbeidet fungerer og i hvilken grad vi lykkes med samhandlingsreformens målsettinger om en styrket innsats tidlig i forløpet med god oppfølging og opplæring i kommunene. Det er viktig med nasjonal oversikt over utviklingen og tiltak på feltet. Den videre satsing på diabetesfeltet vil derfor skje som en integrert del av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og oppfølgingen av samhandlingsreformen. Det er i forbindelse med oppfølging av samhandlingsreformen omdisponert 30 mill. kroner fra kap. 761, post 67 til kap. 762, post 60, som bl.a. skal gå til bedre oppfølging av personer med diabetes i kommunen.

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. 1 mill. kroner til drift av diabeteslinjen videreføres.

Motivasjonsgrupper

Diabetesforbundet utdanner ledere til motivasjonsgrupper. Lederne skal bl.a. 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 er det utdannet

om lag 180 igangsettere og om lag 1000 personer har 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. 0,5 mill. kroner videreføres til utdanning av ledere til motivasjonsgruppene i regi av Diabetesforbundet i 2013.

Informasjonsvirksomhet

I tråd med forslaget i Prop. 1 LS (2011–2012) Skatter, avgifter og toll 2012 vedtok Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 2012 å fase ut særfradraget for store sykdomsutgifter over tre år. Midlene som frigjøres ved avvikling av ordningen brukes til å styrke eksisterende ordninger på utgiftssiden. Det ble for 2012 bevilget 2,5 mill. kroner til Diabetesforbundets arbeid med motivasjonsgrupper og å oppdage diabetes tidlig. Disse midlene videreføres. For 2013 foreslås ytterligere 2,5 mill. kroner til informasjonsvirksomhet i regi av Diabetesforbundet.

Kap. 782 Helseregistre

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter	15 323	16 485	17 029
70	Tilskudd	32 992	33 676	34 787
	Sum kap. 0782	48 315	50 161	51 816

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2012.

Nasjonale helseregistre er nødvendige for helsovervåkning, forskning og kunnskapsutvikling, kvalitetssikring og forbedring av helsetjenesten. Det er i dag 15 sentrale helseregistre, deriblant Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister og Meldesystemet for infeksjonssykdommer (MSIS) i Nasjonalt folkehelseinstitutt, Norsk pasientregister i Helsedirektoratet, Kreftregisteret i Oslo universitetssykehus HF og nasjonalt register over hjerte- og karlidelser som er under etablering ved Folkehelseinstituttet i Bergen. Det finnes om lag 200 medisinske kvalitetsregistre, hvorav 19 har offisiell status som nasjonale.

Et godt datagrunnlag fra primærhelsetjenesten er nødvendig for å vurdere kvaliteten på tjenestene og understøtte samhandlingsreformen. De norske helseregistrene gir bedre muligheter for å følge

med på helsetilstanden, finne årsaker til sykdom og beskrive kvalitet på helsetjenestene enn det man har i de fleste andre land. Disse mulighetene kan imidlertid utnyttes bedre. Infrastrukturen i flere av registrene er umoderne, og nye teknologiske løsninger er i begrenset grad tatt i bruk. Mange av registrene er ikke godt nok oppdatert, og mange av kvalitetsregistrene har lav nasjonal dekningsgrad. Det er store variasjoner i kvaliteten på dataene, og det er krevende å koble informasjonen fra ulike registre sammen. Det er derfor igangsatt et omfattende arbeid for å modernisere og samordne helseregisterfeltet i Norge. Målene er nedfelt i den tiårige strategien for Nasjonalt helseregisterprosjekt, som Regjeringen vedtok våren 2011. Strategien legger til grunn at helseregistrene skal være et vesentlig virkemiddel for å nå helsepolitiske mål.

Fullføring av etablering av hjerte-karregisteret, modernisering av dødsårsaksregisteret og

videre utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre, vil være prioriterte oppgaver i 2013.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det er behov for samlet gjennomgang av de nasjonale helseregistrene med sikte på økt utnyttning, bedre kvalitet og mer sikker håndtering av data for forskning, kvalitetsforbedring og helseovervåking. Hoveddelen av Nasjonalt helseregisterprosjekt ble etablert høsten 2011. Handlingsplanen for 2011–2011 var omfattende og vil fungere som en overordnet plan for utvikling av helseregisterfeltet de kommende årene. Det er utarbeidet en handlingsplan for 2012–2013 som viderefører planen for 2010–2011, med noen områder og tiltak som prioriteres spesielt:

- Samordning, ledelse og organisering
- Personvern og juridiske tiltak
- E-helse
- Utviklingsprosjekter herunder oppgradering og videreutvikling av Norsk pasientregister, modernisering av Dødsårsaksregisteret, etablering av Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser, forprosjekt for fellesregister for legemidler, forprosjekt for fellesregister for svangerskap/fødsel/småbarn, forprosjekt for fellesregister infeksjonssykdommer, videreføre arbeidet med fellesløsninger for nasjonale helseregistre

Nasjonalt nettverk for kvalitets- og helseregisterfeltet ble etablert i 2009 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, med sekretariat i Helsedirektoratet og deltakelse fra sentrale aktører på registerområdet. Formålet er å sikre nasjonal samordning på helseregisterfeltet. Bevilgningen dekker Helsedirektoratets forvaltning av nettverket. Tilskuddet på 0,5 mill. kroner forelås videreført i 2013. Det planlegges en Helseregisterkonferanse i 2013 og bevilgningen skal bl.a. gå til dette formålet.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker finansiering av nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), videreutvikling av tekniske fellesløsninger i Helse Midt-Norge IT (Hemit) og implementering av felles løsninger for medisinske kvalitetsregistre. Det foreslås bevilget 34,8 mill. kroner i 2013.

Et kvalitetsregister er et register som løpende kan dokumentere resultater av behandling for en

avgrenset pasientgruppe. Data fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for å evaluere kvalitet og oppnådd helsegevinst, faglig forbedringsarbeid, forskning og styring.

Regionale helseforetak har ansvar for at de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene etableres, driftes og finansieres, og har ansvar for å sikre bedre utnyttelse av data og sikrere drift gjennom samordning og utvikling av felles infrastruktur. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ble i 2009 etablert i Helse Nord RHF ved SKDE. Helse Midt-Norge RHF, ved Hemit, fikk i 2009 ansvar for å utvikle felles tekniske løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Regionale helseforetak har etablert en interregional styringsgruppe for medisinske kvalitetsregistre. Det er etablert samarbeid mellom regionale helseforetak, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet med sikte på samordning mellom nasjonale medisinske kvalitetsregistre og øvrige sentrale helseregistre. Videreutviklingen av kvalitetsregisterområdet inngår i Nasjonalt helseregisterprosjekt.

I 2011 og 2012 har arbeidet med å implementere en felles infrastruktur for de 19 medisinske kvalitetsregistrene med nasjonal status vært en hovedprioritet. Arbeidet er nå godt i gang, selv om det fortsatt gjenstår en betydelig innsats for at disse registrene har en felles infrastruktur og full nasjonal dekning, samt kan benyttes fullt ut i tråd med formålet kvalitetssikring og forbedring av helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet beslutter hvilke medisinske kvalitetsregistre som skal få status som nasjonale, basert på bl.a. prosess i de regionale helseforetakene og anbefalinger fra Helsedirektoratet. I 2011 avventet departementet, på bakgrunn av anbefaling fra regionale helseforetak og Helsedirektoratet, godkjenning av nye nasjonale registre inntil status for de eksisterende nasjonale registrene er tilfredsstillende. Departementet påpekte samtidig at en slik utsettelse ikke bør være til hinder for videreutvikling av medisinske kvalitetsregistre som allerede er godt i gang. Framdriften i arbeidet med felles infrastruktur for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene er tilfredsstillende, og våren 2012 mottok departementet anbefaling fra Helsedirektoratet om å godkjenne ytterligere 14 kvalitetsregistre som nasjonale.

Departementet følger utviklingen av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene tett og vil i 2013 ha fokus på bruk av kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring og forskning. Det vises også til omtale av nasjonale medisinske kvalitetsregistre på kap. 732 Regionale helseforetak.

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	25 557	26 787	30 471
61	Turnustjeneste	120 335	125 134	129 138
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	25 585	28 763	28 912
	Sum kap. 0783	171 477	180 684	188 521

Det er det besluttet å gjøre endringer i turnustjenesten for leger, for å sikre en funksjonell ordning. Ordningen endres fra loddtrekningsbasert til søknadsbasert. Nyutdannede leger vil ikke lenger ha rett til turnusplass og må søke blant utlyste stillinger. Det tas sikte på implementering av en søknadsbasert turnustjeneste fom. februar 2013. Det foreslås 2 mill. kroner til etablering av nasjonal nettportal hvor stillinger utlyses og kandidater kan søke elektronisk.

Helsetjenesten er personellintensiv kunnskapsvirksomhet. Helsepersonellet står for om lag to tredjedeler av den samlede ressursinnsatsen og utgjør den største og viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen og omstillingen i helse- og omsorgssektoren er avhengig av god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving. For å nå målene i samhandlingsreformen og skape en bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenesten, er både utdanning, rekruttering og kompetanseutvikling svært viktig. Utdanning og rekruttering av personell til helse- og omsorgssektoren er derfor et viktig område i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Tverrfaglige og bærekraftige fagmiljøer er nødvendig for god fagutvikling og rekruttering til tjenestene. Det blir spesielt viktig å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig må det arbeides framtidsrettet med sikte på å møte behovet for spesialisert kompetanse i framtidens helse-tjeneste.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 0,8 mill. kroner fra post 79, knyttet til evaluering av virksomheten ved Nafkam og Nifab

- 2 mill. kroner knyttet til webbasert turnusløsning

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 omtale av formålene under post 79.

Anmodningsvedtak

Anmodningsvedtak nr. 556, 19. juni 2009:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Ot.prp. nr. 83, jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009). Helse- og omsorgsdepartementet følger opp anmodningsvedtaket gjennom en rekke tiltak på området. Krav til struktur og innhold i dagens offentlige spesialistutdanninger, og hvorvidt også andre helsepersonellgrupper skal kunne få offentlig spesialistutdanning, skal vurderes.

Første ledd i arbeidet var å overføre ansvaret for spesialistgodkjenning av leger, tannleger og optikere fra de respektive yrkesorganisasjonene til Helsedirektoratet fra 1. oktober 2011. Saksbehandling utføres og godkjenning gis av Helsedirektoratet. Samtidig vil aktuelle yrkesorganisasjoner gi faglig bistand til Helsedirektoratet etter nærmere avtale. Vilkår for å få spesialistgodkjenning er foreløpig ikke endret.

Videre ble Helsedirektoratet i 2011 gitt i oppgave å starte en bred gjennomgang av organisering og vilkår for utdanning av spesialister i helsevesenet. Helsedirektoratet gjennomgår og vurderer om det er behov for endringer i dagens spesia-

listutdanning av leger, både med hensyn til struktur og innhold sett på bakgrunn av framtidig kompetansebehov. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten ble belyst av Helsedirektoratet våren 2012 i en rapport hvor det foretas en status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. Som en del av gjennomgangen av spesialitetsstruktur og -innhold vil departementet vurdere organiseringen av legenes spesialistutdanning, dvs. ansvars- og rollefordelingen mellom universitet, arbeidsgiverne, Legeforeningen og helsemyndighetene. I dette arbeidet skal sentrale myndigheters behov for rådgivende organer vurderes.

Helsedirektoratet skal videre vurdere om det er nødvendig og hensiktsmessig at flere yrkesgrupper enn dagens tre, bør gis offentlig spesialistgodkjenning. Departementet har vektlagt at direktoratet i dette arbeidet skal etablere godt samarbeid med berørte yrkesorganisasjoner. Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet vurdert om flere grupper helsepersonell enn dagens tre (leger, tannleger og optikere) bør få en offentlig spesialistgodkjenning. Direktoratets tilråding er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet.

En omfattende prosess gjennomføres før ulike forhold knyttet til anmodningsvedtaket er avklart. Departementet legger derfor til grunn at oppfølgingen av ulike elementer som inngår vil bli omtalt i de årlige statsbudsjettene. Departementet vil på et senere tidspunkt legge fram egen sak for Stortinget med en samlet omtale av oppfølging av anmodningsvedtaket, slik vedtaket forutsetter.

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 i dag 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 ved å kompensere for en del av kommunenes kostnader i forbindelse med turnustjenesten. Tilskuddsordningen skal også bidra til å videreutvikle og kvalitetssikre de overordnede rammene for turnustjenesten. Turnustjenesten i sykehus for leger og fysioterapeuter finansieres over kap. 732, post 70.

Turnustjeneste for leger

Leger har 18 måneders turnustjeneste, først 12 måneder i sykehus, deretter et 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Kommuner som har avtale om å ta imot turnusleger får et etterskuddsvis tilskudd på 120 000 kroner per turnuslege. Antall turnusstillinger for leger i sykehus er 475 per halvår. Antall turnusstillinger i kommunal helse- og omsorgstjeneste økes til samme antall fra høsten 2012. Ved turnusstart i februar 2012 var det over dobbelt så mange kandidater som det var turnusplasser.

Leger utdannet i enkelte EØS-land som har krav på automatisk godkjenning etter internasjonal overenskomst kan ikke melde seg til norsk turnustjeneste. Dette er land hvor tilstrekkelig praktisk tjeneste inngår i studiet.

Antall kandidater til norsk turnustjeneste for leger har økt sterkt de siste årene. Økningen har vært særlig sterk blant leger med utdanning fra andre land. For å møte behovet er antall turnusplasser om lag tredoblet på 16 år. Prognosene viser at antall kandidater vil være langt høyere enn antall turnusplasser.

Departementet har de senere år hatt til vurdering å legge om dagens turnustjeneste for leger. Dagens ordning bygger på at nyutdannede leger, inkludert søkere fra Norden og enkelte EØS-land, har rett til turnusplass. Staten har plikt til å etablere stillinger og tildeling skjer gjennom loddtrekning. For å sikre en bærekraftig og funksjonell ordning er det besluttet å gjøre endringer i turnustjenesten for leger. Ordningen endres fra loddtrekningsbasert til søknadsbasert. Nyutdannede leger vil etter ny ordning kunne søke blant utlyste stillinger. Tilsetting vil skje lokalt, regulert av arbeidslivets regler. Ansettelse i disse stillingene vil dermed i større grad være harmonisert med øvrig arbeidsliv, med de rettigheter og bestemmelser som følger av det generelle regelverket. Det tas sikte på implementering av en søknadsbasert turnustjenesteordning fom. februar 2013.

Den nye ordningen skal fortsatt sikre at leger i turnusstillingene får kjennskap til og erfaring fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det skal fortsatt være 18 måneders tjeneste fordelt på 12 måneder i spesialisthelsetjenesten og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Tidspunkt for autorisasjon flyttes til etter endt medisinstudium for norskutdannede. Etter ny ordning utgjør tjenesten i turnusstillingene første obligatoriske del av legers spesialistutdanning for alle nyutdannede leger som ønsker å gå videre med spesialisering i

norsk helsetjeneste. Dagens ordning med hensyn til læringsmål og veiledning videreføres.

Den omlagte turnusordningen skal fortsatt sikre legedekning i ulike deler av landet. Ved omleggingen opprettholdes samme antall stillinger (950 årlig). Stillingene skal være tidsavgrensede, og det skal være sentralt koordinert utlysning to ganger i året. Stillingene utlyses to ganger per år i to puljer med de erfaringsmessig mest rekrutteringssvake stillingene i første pulje. Utlysning av stillinger skal skje sentralt, søking vil skje samordnet innen definerte frister, og tilsetting skal skje lokalt. Ordningen skal løpende vurderes og det skal foretas en samlet vurdering etter fem år.

Regelverksendringer, konkretisering av praktisk håndtering og overgangsordninger for enkelte grupper avklares. Høringsnotat i forbindelse med kommende endringer har vært på høring fram til høsten 2012. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere å foreslå konkret håndtering av forslag om en nasjonal webbasert portal for stillingsutlysning og søknader.

Fra 2006 ble det i henhold til nye EØS-regler innført krav om minst tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor nasjonal trygdeordning. Det gis tilskudd til kommuner for å dekke kostnader til veiledning, og til obligatorisk kurs som ledd i 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 2011 utbetalt tilskudd til veiledning på om lag 10,5 mill. kroner. Tilskuddet ble videreført i 2012. Det forventes en økning i antall leger som gjennomfører veiledet tjeneste som følge av omleggingen av turnustjeneste for leger.

Turnustjeneste for fysioterapeuter

For fysioterapeuter er det obligatorisk med 6 måneder turnustjeneste i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Kommuner som mottar fysioterapikandidater tildeles fastlønnstilskudd etter forskrift om fastlønnsforskrift til delvis dekning av kommunenes utgifter. Privatpraktiserende kiropraktorer som tar i mot turnuskandidat ble gitt et tilskudd på 27 500 kroner per kandidat i 2011. I 2012 var det om lag 300 fysioterapeutkandidater i turnustjeneste. Prognoser viser økt behov for turnusplasser for fysioterapeuter. I 2012 ble det i turnusforskriften for fysioterapeuter innført bestemmelser om at kandidater som ikke har fått turnusplass blir overført til venteliste. Ventetiden for turnusstart kan være på inntil 1 år.

Turnustjeneste for kiropraktorer

For kiropraktorer er det ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det var om lag 50 kiropraktorkandidater i turnustjeneste i 2011. Det forventes en viss økning de nærmeste årene. Det ble bevilget 1,1 mill. kroner til tiltaket i 2011. Bevilgningen ble videreført i 2012.

Turnustjeneste for ortopediingeniører

Ortopediingeniører har to års turnustjeneste ved privat ortopediteknisk verksted. Høgskolen i Oslo har ansvar for å skaffe turnusplasser i verksteder for gjennomføring av turnustjenesten. Det gis ikke tilskudd til turnusordningen for ortopediingeniører.

Post 79 Andre tilskudd

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 0,8 mill. kroner til post 21, knyttet til evaluering av virksomheten ved Nafkam og Nifab

Web-basert turnusløsning

Fra 2013 planlegges det en omlegging av turnusordningen for leger, fra dagens sentrale loddtreking til en søknadsbasert tjeneste. Ordningen tar bl.a. sikte på å gi kandidatene et reelt valg med hensyn til hvor de skal gjennomføre turnustiden, og arbeidsgivere mer innflytelse på tilsettingene. En søknadsbasert turnusordning vil være harmonisert med arbeidslivets regler, der tilsettingen gjøres av arbeidsgiver lokalt. Det skal opprettes en nasjonal webportal hvor stillinger utlyses og kandidater kan søke stilling elektronisk og arbeidsgiver behandler søknader. Den omlagte turnusordningen skal fortsatt sikre legedekning i ulike deler av landet. Stillingene utlyses to ganger per år i to puljer med de erfaringsmessig mest rekrutteringssvake stillingene i første pulje. Løsningen skal være funksjonell for arbeidsgiver, søker og samtidig bidra til viktig informasjon for myndighetene. Det foreslås et tilskudd på 2 mill. kroner til løsningen i 2013.

Turnustjeneste, kurs og veiledning, reise- og flytteutgifter mv.

Formålet med tilskuddsordningene på turnusfeltet er å bidra til god kvalitet, god veiledning og forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandida-

tene. Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for turnuskandidater og turnusveiledere som administreres av Fylkesmannen. Det gis også tilskudd til reise- og flytteutgifter for turnuskandidater etter eget regelverk hvor distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges. Det ble bevilget 20 mill. kroner til kurs og veiledning og 3 mill. kroner til reise- og flytteutgifter i 2011. Tilskuddene ble videreført i 2012.

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF startet høsten 2008 et forsøk med tredelt turnustjeneste for leger, med seks måneder indremedisin, tre måneder kirurgi og tre måneder psykisk helsevern. Rapport fra prosjektet ble avgitt i 2012. Forsøket med direkte tildeling av turnusplasser i Finnmark avsluttes ved overgang til ny ordning. Erfaringene fra forsøkene er tatt med i arbeidet med etablering av ny ordning.

Tilskuddet omfatter også obligatorisk kurs i trygdefaglige emner for manuellterapeuter og kiropraktorer for å få rettighet til bl.a. å sykmelde pasienter i inntil 12 uker. Kurset tilbys ved Universitetet i Oslo. Det ble bevilget 650 000 til tiltaket i 2011. Bevilgningen ble videreført i 2012.

Personell- og kompetansestatistikk, Helsemod

Statistisk sentralbyrå utfører på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet jevnlig framskrivninger av tilbudet og etterspørselen etter ulike grupper helsepersonell under gitte forutsetninger. Statistisk sentralbyrå har utviklet regneverktøyet Helsemod til dette framskrivningsarbeidet. Byråets arbeid gjøres i tett dialog med helse- og utdanningsmyndighetene. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helseledningsdirektoratet ansvaret for løpende dialog, oppfølging og forvaltning av arbeidet.

De siste framskrivningene med Helsemod ble ferdigstilt vinteren 2012. Tidligere kjente utfordringer og tendenser er forsterket ved at tidsperspektivet nå er forlenget fram til 2035.

I all hovedsak vil det være balanse mellom tilbud og etterspørsel fram til 2020. Framskrivningene viser en økende mangel primært på helsefagarbeidere, og at det på sikt også kan oppstå stor mangel på sykepleiere.

De oppdaterte framskrivningene utgjør et viktig kunnskapsgrunnlag for det videre arbeidet med personell og kompetanse i helsetjenesten. Framskrivningene tydeliggjør også betydningen av samhandlingsreformen og god utnyttelse og utvikling av eksisterende personellressurser.

Helsepersonellregisteret

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven og over veterinærer med autorisasjon eller lisens etter dyrehelsepersonelloven. Registeret omfatter opplysninger om personalia og godkjenninger. Helseledningsdirektoratet er registreier. Innholdet vedlikeholdes av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Detaljerte, ajourførte og kvalitetssikrede data om helsepersonells offentlige godkjenninger er en forutsetning for å ta i bruk elektronisk signering og formidling av resepter og sykemeldinger og for å utløse refusjoner og ytelser fra Nav og Helfo. HPR brukes også til personellstatistikk, planlegging og prognoser, beredskap og tilsyn. Forprosjekt for nytt HPR ble avsluttet våren 2012 og omfattet utarbeidelse av nytt målbilde for administrative registre i helsesektoren. HPR vil fra 2012 brukes som grunnlag for tilgangskontroll for ny elektronisk kjernejournal. Første versjon av nytt HPR ble ferdigstilt høsten 2012 og innebærer innføring av historikk. I 2013 vil registeret overføres til en mer moderne og robust plattform hos Norsk Helsenett. Dette vil forenkle samhandling med andre datasystemer i sektoren og forenkle kontroll av norsk autorisasjon og godkjenning av helsepersonell for arbeidsgivere og utenlandske helsemyndigheter.

Nytt legestillingsregister

I samarbeid med regionale helseforetak har Helseledningsdirektoratet utviklet et nytt legestillingsregister for hjemlede legestillinger i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen omfatter automatisk oppdatering av data fra lønns- og personalsystemene i landets helseforetak. Formålet med registeret er å ivareta nasjonal styring med legefördeling og spesialistutdanning av leger. Dette innebærer bl.a. å overvåke fordelingen av legestillinger mellom spesialiteter, stillingstyper og geografiske områder på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Registeret erstatter den tidligere databasen til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling. Drift og vedlikehold er i 2012 overført til Norsk Helsenett. Integrasjon med lønns- og personalsystemene i landets helseforetak er planlagt slutført i 2013.

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 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. Godkjenning av helsepersonell utdannet i annet land innen EØS-området er regulert gjennom internasjonale avtaler. For helsepersonell utdannet utenfor EØS-området må det foretas en individuell og konkret vurdering av om lovens krav til autorisasjon eller lisens er oppfylt. Helse- og omsorgsdepartementet har til vurdering en omlegging av dagens system for godkjenningsprosedyrer og kvalifiserings tiltak for denne gruppen helsepersonell.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell vurderer framlagt dokumentasjon på utdanning og yrkeserfaring. Før vedtak om autorisasjon eller lisens fattes, kan det innhentes sakkyndig uttalelse i saken. Leger utdannet utenfor EØS-området kan, om nødvendig, tilbys en fagtest som ledd i vurderingen av om de har nødvendig kyndighet. Denne testen tilbys i dag ved Universitetet i Oslo på oppdrag av helsemyndighetene. For tannleger er det et ettårig kvalifiseringsprogram ved Universitetet i Bergen

For leger, tannleger, farmasøyt, sykepleiere, tidlige også hjelpepleiere, som har sin utdanning fra land utenfor EØS-området, er det et forskriftsfestet krav om å bestå eksamen i kurs i nasjonale fag for å få norsk autorisasjon. Slike kurs tilbys ved universitet og høyskoler på oppdrag av helsemyndighetene, av Oslo kommune og noen private organisasjoner.

WHO's globale retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell

Verdens helseforsamling vedtok i mai 2010 WHO's globale retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell som bl.a. inneholder prinsipper for etisk rekruttering av helsepersonell. Retningslinjene har som mål å bidra til økt internasjonal samordning av lands helsepersonellrekrutteringspolitikk og bidra til bedre helsepersonellplanlegging. Dette kom på plass etter en mangeårig prosess, hvor bl.a. Norge har vært en sen-

tral pådriver. Dette er en viktig sak sett i lys av helsepersonellutfordringene som finnes nasjonalt, i Europa og globalt.

Regjeringen har bestemt at retningslinjene skal implementeres blant arbeidsgivere i norsk helsetjeneste. Implementeringen startet i 2011 og har involvert en rekke ulike aktører i helsetjenesten; helseforetakene, den kommunale helse- og omsorgssektoren og aktuelle private aktører/leverandører av helsepersonell.

Helsedirektoratet har blitt gitt oppgaver på området, og har siden 2011 bl.a. arrangert flere informasjonsseminar med berørte aktører om norsk implementering, samt oversatt retningslinjene og medfølgende veileder. Helsedirektoratet har også vært ansvarlig for koordinering av rapporteringen til WHO om den norske implementeringen av retningslinjene. Denne ble oversendt WHO i mai 2012. Helsedirektoratet vil bli gitt ytterligere oppgaver i forbindelse med implementeringen.

Alternativ behandling

Formålet med tilskuddsordningen er å sørge for kvalitetssikret informasjon som kan øke kunnskapen om bruk og ev. effekter av alternativ behandling, bidra til økt profesjonalitet og etisk bevissthet blant utøverne, samt bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Tilskuddet utgjorde i 2012 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) og Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (Nifab).

Nafkam/Nifab ble etablert i år 2000. Det har så langt ikke vært foretatt noen helhetlig gjennomgang av virksomheten. Det foreslås at det i 2013 gjennomføres en evaluering av virksomheten ved Nafkam og Nifab, jf. kap. 783. post 21.

Avtalen om drift og finansiering av Nafkam mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Universitetet i Tromsø løp ut 31. desember 2011. Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å inngå ny avtale og erstatte Helse- og omsorgsdepartementet som avtalepart. Det vil bli inngått en foreløpig avtale i påvente av en ev. justering av driften etter avsluttet evalueringen.

Tilskuddet foreslås videreført i 2013. Det foreslås samtidig å overføre 750 000 kroner fra kap. 783, post 79 til kap. 783, post 21 til evaluering av virksomheten ved Nafkam og Nifab.

Spesialistgodkjenning av helsepersonell

Fra 1. oktober 2011 overtok Helsedirektoratet oppgaven med å behandle og godkjenne søknader om spesialistgodkjenning. Fra samme tidspunkt ble det innført gebyrer for spesialistgodkjenning tilsvarende ordningen for autorisasjon av helsepersonell. Gebyrordningen finansierer bare delvis

kostnadene ved spesialistgodkjenning. Yrkesorganisasjonene bistår Helsedirektoratet med sakkyn-dige råd i enkeltsaker. Nødvendige forskrifts- og regelendringer vil bli vurdert. Det vises til kap. 3720, post 04 for omtale av gebyrordningen. Det er satt i gang arbeid med å utvikle et nytt elektronisk saksbehandlingsverktøy til søknadsbe-handlingen.

Programområde 30 Stønad ved helsetjenester

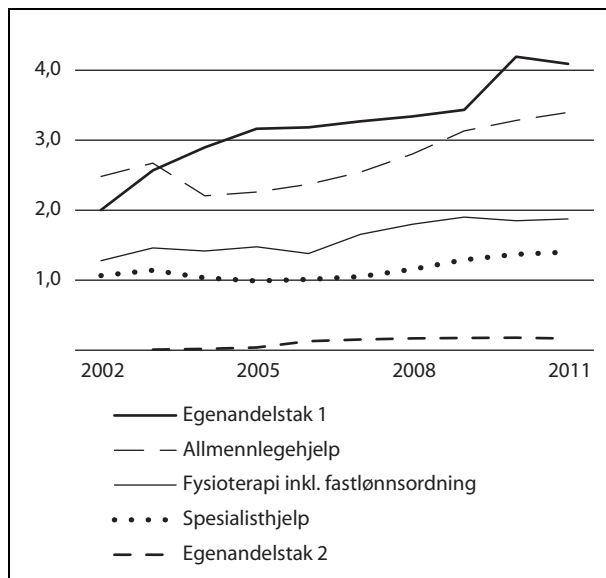
Folketrygdens stønad ved helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad ved helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regionale helseforretak 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 refusjonssatser og egenandeler.

Trygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og røntgeninstitutt, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester. Det gis også refusjon til behandling hos tannlege for enkelte diagnosegrupper. Refusjonstakstene for lege-, fysioterapi- og psykologtjenester blir fastsatt i de årlige takstoppgjørene. 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. Det vises til omtale under programkategori 10.20, Helseforvaltning.

Utviklingstrekk



Figur 4.3 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelstakordningene i perioden 2002–2011 (beløp i mrd. kroner)

Refusjon legetjenester

Utgifter til allmennlegehjelp omfatter refusjoner for behandling hos fastleger, ved legevakt og avsetning til fond. Refusjoner til allmennleger har økt fra 2 483 mill. kroner i 2002 til 3 397 mill. kroner i 2011, svarende til en nominell vekst på 36,8 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 4.4.

Refusjoner til behandling hos avtalespesialist har økt fra 1 066 mill. kroner i 2002 til 1 402 mill. kroner i 2011. Dette svarer til en nominell vekst på 31,5 pst. for hele perioden, jf. figur 4.4.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Refusjon fysioterapi

Utgifter til fysioterapi omfatter i hovedsak refusjoner for behandling hos fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene og avsetning til

fond. Folketrygdens utgifter til fysioterapi, inkludert fastlønnstilskuddet til kommunene, økte i perioden 2002 til 2011 fra 1 278 mill. kroner til 1 874 mill. kroner. Dette svarer til en nominell vekst på 46,6 pst. Økningen i utgiftene fra 2006 til 2009 viser at det har vært en stor volumvekst i tjenesten. I 2009 var utgiftene 1 901 mill. kroner. Reduksjonen fra 2009 til 2010 er en følge av omleggingen av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten. Omleggingen ble foretatt i takstforhandlingene 2009 og 2010 og midler ble overført fra folketrygden til det kommunale driftstilskuddet. I tillegg var det en liten nedgang i antall utløste takster. Refusjonsutgiftene til fysioterapi, inkludert fastlønnstilskuddet til kommunene, viser en svak økning fra 1 850 mill. kroner i 2010 til 1 874 mill. kroner i 2011, tilsvarende 1,3 pst., jf. figur 4.4.

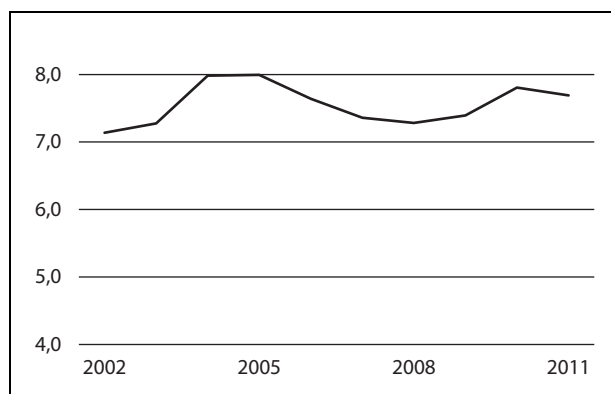
Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 2755, post 71.

Refusjon legemidler på blå resept

I perioden 2002 til 2004 økte folketrygdens utgifter til legemidler under blåreseptordningen fra 7,1 mrd. kroner til 8 mrd. kroner, jf. figur 4.4. Dette svarer til en nominell vekst på 12,7 pst. Trygdens utgifter ble redusert fra 8 mrd. kroner i 2005 til 7,3 mrd. kroner i 2008. Dette hadde sammenheng med at regionale helseforetak overtok ansvaret for finansiering av enkelte legemidler. Dette gjelder TNF-hemmere som ble overført fra folketrygden til regionale helseforetak i 2006 (392 mill. kroner) og 2007 (320 mill. kroner), og MS-legemidler som ble overført til regionale helseforetak 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 overføringerne har utgiftene vært stabile fra 2005 til 2008. I perioden 2008 til 2010 økte trygdens utgifter fra 7,3 mrd. kroner til 7,8 mrd. kroner. Veksten var på henholdsvis 1,5 pst. fra 2008 til 2009 og på 5,6 pst. fra 2009 til 2010. To forhold hadde betydning for den relativt sterke økningen i 2010, innføring av automatisk frikort og innføring av ny oppgjørsordning mellom apotek og Helfo. Automatisk frikort gav økt etterspørsel og ny raskere oppgjørsordning mellom apotek og Helfo gav forskyvning av utgifter til året løsningen ble innført. Utgiftsreduksjonen fra 2010 til 2011 må ses i lys av sistnevnte. Reduksjonen fra 2010 til 2011 var på 1,5 pst., fra 7 806 til 7 690 mill. kroner.

Forbruket av legemidler over blåreseptordningen, målt i definerte døgndoser (DDD), har vært

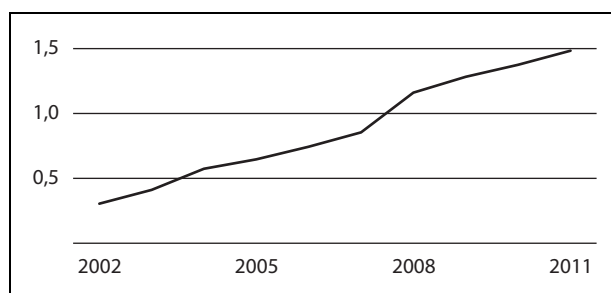
økende i perioden 2004–2011, fra 1,2 mrd. DDD i 2004 til 1,6 mrd. DDD i 2011. Grunnen til dette er at flere personer bruker ordningen og at forbruket per person har økt noe. Trygdens utgifter til legemidler over blåreseptordningen har ikke økt tilsvarende. Prisregulerende tiltak på legemiddelområdet som maksimalprisregulering og opptak av flere nye legemidler i trinnprissystemet, har bidratt til dette, jf. omtale kap. 750 og kap. 2751, post 70.



Figur 4.4 Folketrygdens utgifter til legemidler i perioden 2002–2011 (beløp i mrd. kroner)

Refusjon tannlegehjelp

Utgifter til tannlegehjelp omfatter stønad til undersøkelse og behandling ved angitte diagnoser og behandlingsformer.



Figur 4.5 Refusjoner til tannlegehjelp for perioden 2002–2011 (beløp i mrd. kroner)

Folketrygdens utgifter til tannlegehjelp økte fra 265 mill. kroner i 2002 til 1 483 mill. kroner i 2011, jf. figur 4.6. De største økningene i perioden 2001 til 2008 skyldes i stor grad nye stønadsordninger og flytting av stønadsordning fra kap. 2790, post 70 til kap. 2711, post 72. Utgiftene økte fra 1 375 mill. kroner i 2010 til 1 483 mill. kroner i 2011, noe som svarer til en nominell økning på 7,9 pst. De diagnoser/behandlinger hvor det utbetales mest stønad, er ved kjeveortopedi (552 mill.

kroner), og ved periodontitt og rehabilitering etter periodontitt (378 mill. kroner). Det vises til omtale under kap. 2711, post 72.

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

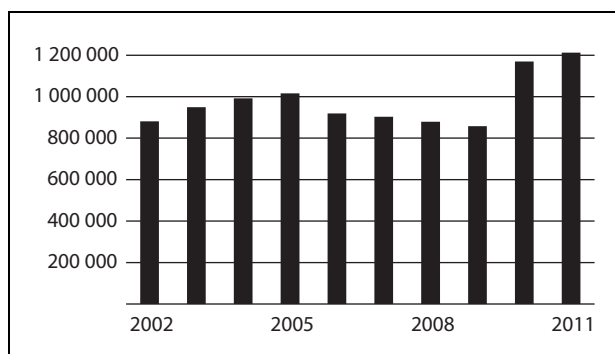
Egenandelstak 1 ble innført i 1984 og omfatter egenandeler for:

- 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

Fra 2002 til 2011 har utgiftene over egenandelstak 1 økt fra 1 735 mill. kroner til 4 091 mill. kroner, jf. figur 4.4. Utgiftsveksten var sterk tom. 2005, deretter har den vært mer moderat tom. 2009. Egenandelstaket økte mindre enn egenandelene som omfattes av takordningen i perioden 2001–2005, noe som betyr at flere fikk frikort.

Stabiliteten fra 2006 til 2009 har sammenheng med at økningen i egenandelstak 1 og egenandeler for tjenester som omfattes av egenandelstak 1-ordningen stort sett har tilsvart hverandre. Fra 2009 til 2010 økte utgiftene fra 3 434 til 4 192 mill. kroner, en nominell vekst på 22,1 pst. Videre var det en økning i antall frikort fra 2010 til 2011. Denne veksten kan knyttes til innføringen av automatisk frikort i 2010. Folketrygdens utgifter ble redusert fra 4 192 mill. kroner i 2010 til 4 091 mill. kroner i 2011. Dette skyldes at man i innføringsåret fikk om lag 200 mill. kroner i ekstraavgifter grunnet raskere utbetalinger.

I perioden fra 2006 til 2009 gikk antall frikort noe ned. I 2010 ble det utstedt 1 170 000 frikort. 2011 var det første ordinære driftsår etter innføring av automatisk frikort. Da ble det utstedt 1 212 000 frikort, en økning på 3,6 pst. fra 2010, jf. figur 4.7.



Figur 4.6 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2002–2011

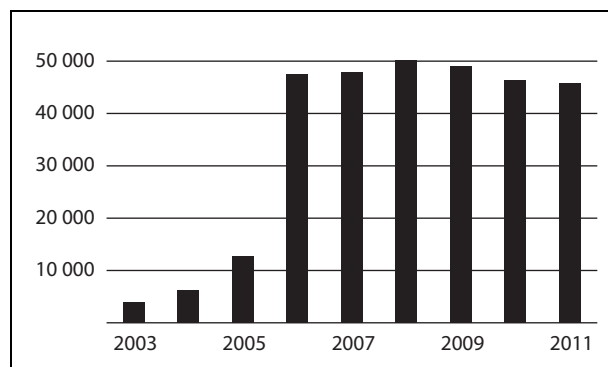
Tall fra 2011 viser at av 1 212 000 brukere som fikk frikort under egenandelstak 1, var 590 000 alders- og uførepensjonister. Av disse hadde 27 000 minste pensjonsnivå. Om lag 49 pst. av alders- og uførepensjonistene mottok frikort i 2011. 870 000 av frikortmottakerne i 2011 var i arbeidsfør alder, 17–69 år, og hadde arbeidsinntekt i 2010. Tilsvarende var det om lag 3,7 mill. personer i arbeidsfør alder med arbeidsinntekt i Norge i 2010. 24 pst. av de arbeidsføre med inntekt mottok dermed frikort.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 70.

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 4.7 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2003–2011

Utgiftene til egenandelstak 2 viser en økning siden innføringen i 2003 til og med 2010, fra 7 mill. kroner til 179 mill. kroner. I 2006 ble egenandelstaket 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 fem årene har utgiftsveksten vært mer moderat. Utgiftene til folketrygden ble redusert fra 179 mill. kroner i 2010 til 166 mill. kroner i 2011, dette svarer til en reduksjon i utgiftene på 7,3 pst., jf. figur 4.4.

Antall frikortmottakere har økt fra 3800 i 2003 til 50 200 i 2008, jf. figur 4.8. I forbindelse med at taket ble redusert til 2500 kroner i 2006, økte antall frikortmottakere med 34 800. I perioden fra

2006 til 2011, har antall frikort ligget på mellom 45 000 og 50 000. I 2011 mottok 45 700 personer frikort under egenandelstak 2.

65 pst. av de som oppnår frikort under tak 2-ordningen, oppnår også frikort under tak 1-ordningen. 39 600 av frikortmottakerne under tak 2 i 2011 var i arbeidsfør alder, 17–69 år, og hadde arbeidsinntekt i 2010. Tilsvarende var det om lag 3,7 mill personer i arbeidsfør alder med arbeidsinntekt i Norge i 2010. 1,1 pst. av de arbeidsføre med inntekt mottok dermed frikort på tak 2.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 71.

Behandling i utlandet

En ny refusjonsordning for helsehjelp i andre EØS-land ble satt i verk 1. januar 2011. Ordningen gir 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 omfatter helsehjelp som mottas på sykehus uten overnatting eller behov for ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling. Refusjon gis for helsehjelp som pasienten ville fått på det offentliges bekostning (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår.

Ordningen administreres av Helsedirektoratet ved Helfo. Pasienten må selv betale alle utgifter til behandlingen, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfo belaster folketrygden for utgiftene til behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og

audiopedagog, tannlegehjelp ved sykdom samt blåreseptordningen, jf. kap. 2756, post 70. Helfo sender 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. kommunene, fylkeskommunene og regionale helseforetak, jf. kap. 720, post 70 og kap. 3720, post 03. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (ISF-refusjon og stønad fra folketrygden) for helsehjelp som pasienter får under denne ordningen. Det forvaltningsnivå som har sørge-for-ansvaret for den aktuelle tjenestetypen må derfor fullt ut dekke utgiftene innenfor basisbevilgning/frie inntekter.

Det har vært en økning i saksinngangen fra 2011 til 2012. I løpet av første halvår 2012 har Helfo mottatt 5401 refusjonskrav etter den nye refusjonsordningen i folketrygdloven § 5-24a. Helfo har innvilget 4886 saker i løpet av første halvår 2012, og totalt er det utbetalt 13,7 mill. kroner i refusjon. Vel tre firedeler av de innvilgede sakene gjaldt fysioterapi. Dette må sees i sammenheng med at bidrag til fysioterapi i utlandet under kap. 2790, post 70 ble avviklet fra 1. januar 2011. I tillegg er det et visst omfang av saker innen allmennlegetjenester, tannbehandling og legemidler. Spania dominerer som behandlingssted for fysioterapisakene.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	3 531 132	3 730 000	4 328 500	16,0
	Sum kategori 30.10	3 531 132	3 730 000	4 328 500	16,0

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
70–89	Andre overføringer	3 531 132	3 730 000	4 328 500	16,0
	Sum kategori 30.10	3 531 132	3 730 000	4 328 500	16,0

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	
70	Spesialisthjelp	1 402 493	1 470 000	1 619 000	
71	Psykologhjelp	193 577	212 000	220 500	
72	Tannlegehjelp	1 483 168	1 618 000	1 850 000	
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	451 894	430 000	639 000	
	Sum kap. 2711	3 531 132	3 730 000	4 328 500	

Som del av regjeringens eldresatsing foreslås 40 mill. kroner til tannhelsekontroll hvert andre år for eldre over 75 år. Folketrygdens stønadsordning til tannbehandling for personer med varig sykdom eller med varig nedsatt funksjons- evne foreslås styrket med 20 mill. kroner som del av utfasing av ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter. Videre foreslås å styrke tiltak innenfor tannhelsetjenestens kompetanseløft og tiltak overfor særskilt utsatte grupper med 30 mill. kroner ved omdisponere

ring fra folketrygdens stønadsordning til tannle- gehjelp.

Det legges til grunn at egenandelene følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme reelle nivå. Prisomregning av egenandelene under egenandelstakene svarer i sum til om lag 110 mill. kroner. Prisjusteringen foreslås gjennomført ved å øke tak 1 fra 1980 til 2040 kroner og tak 2 fra 2560 til 2620 kroner fra 1. januar 2013. Egenandelene for spesialist- og psykologhjelp, poliklinikk samt lab/røntgen foreslås økt med 2,6

pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 1,3 pst. for året under ett.

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.

Regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helse-regionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Tjenestene til avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra regionale helseforetak, trygderefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egen-

andel. 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 psykoterapeutisk 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 går fram 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.

Tabell 4.26 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister i 2010 og 2011

(i mill. kr)	Regnskap 2010	Regnskap 2011	Endring
Spesialister med avtale	1 361	1 401	2,9 pst.
Spesialister uten avtale	8	1	-89,0 pst.
Sum kap. 2711, post 70	1 369	1 402	2,4 pst.

De regnskapsførte utgiftene på post 70 økte nominelt fra 1 369 mill. kroner i 2010 til 1 402 mill. kroner i 2011. Dette svarer til en vekst på 2,4 pst.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonssatser 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 refusjonssatser og egenandeler.

Utgiftsveksten i 2011 skyldes en antatt volumvekst på vel 4 pst.

Den anslåtte utgiftsveksten i 2012 legger til grunn en volumvekst på om lag 4 pst. Takstopp-gjøret våren 2012 økte folketrygdens refusjonstakster med 5,2 pst. Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2013 en volumvekst på 4 pst. for privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.

Tabell 4.27 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2010–2013

(i mill. kr)	Regnskap 2010	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
Sum kap. 2711, post 70	1 369	1 402	1 470	1 625
Volumvekst (anslag)	1,3 %	4,1 %	4,0 %	4 %

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2012 er innarbeidet.

Egenandelene hos spesialisthjelp foreslås økt med 2,6 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2013.

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 psyko-

logen har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege eller fra leder ved barnevernsadministrasjon. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønad 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.

Tabell 4.28 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer i 2010 og 2011

(i mill. kr)	Regnskap 2010	Regnskap 2011	Endring
Psykologer med avtale	171,2	171,4	0,1 %
Psykologer uten avtale	17,5	20,7	18,3 %
Avsetning til fond	1,5	1,5	0
Sum kap. 2711, post 71	190,2	193,6	1,8 %

De regnskapsførte utgiftene på post 71 økte nominelt fra 190 mill. kroner i 2010 til 194 mill. kroner i 2011. Utgiftsveksten i 2011 skyldes bl.a. takstoppgjøret i 2011, som ga et påslag på takstene på 2,1 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2012 er innarbeidet.

Egenandelene hos psykologhjelp foreslås økt med 2,6 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2013.

Post 72 Tannlegehjelp

Som oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Framtidas tannhelsetjenester, som del av den brede eldresatsingen og for å bidra til hjelp til de som trenger det mest, foreslås å styrke kap. 2711, post 72 ut over saldert budsjett for 2012 slik:

- 40 mill. kroner til tannhelsekontroll hvert andre år for eldre over 75 år. Det foreslås at personer som er 75 år og eldre får rett til stønad fra folketrygden for inntil 800 kroner for å dekke utgifter til tannhelsekontroll hos tannlege.
- 20 mill. kroner til tannbehandling for personer med varig sykdom eller med varig nedsatt

funksjonsevne. Dette gjelder personer som fra før gis stønad fra folketrygden, men hvor refusjonen er betydelig lavere enn statens honorartakster. Tiltaket er et ledd i utfasingen av særfradragordningen etter skattelovgivningen.

I tillegg foreslås følgende omdisponering sammenliknet med saldert budsjett 2012:

- 30 mill. kroner til kap. 770, fordelt på 6 mill. kroner til post 21 og 24 mill. kroner til post 70. Det vises til omtale under kap. 770 om forslag til fordeling av midlene.

Utgifter til tannlegehjelp dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6 og 5-25. Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling som utføres av tannlege ved angitte diagnoser. Egenandeler ved enkelte stønadsberettede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71. Folketrygden gir refusjon basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det gis også stønad til tannbehandling som faller inn under yrkesskade etter folketrygdloven § 13.

Tabell 4.29 Regnskapsførte utgifter til tannlegehjelp i 2010 og 2011

(i mill. kr)	Regnskap 2010	Regnskap 2011	Endring
Tannlegehjelp	1 375	1 483	7,9 %

Utgiftene til tannlegehjelp økte fra 1 375 mill. kroner i 2010 til 1 483 mill. kroner i 2011, en økning på 7,9 pst.

Per august 2012 hadde 4075 tannleger etablert avtale om direkte oppgjørsordning med Helfo. Ved utgangen av juni 2012 var om lag 1700 tannleger oppkoblet til Norsk helsenett. De som er koblet opp kan sende krav om trygderefusjon elektronisk over linje. Ved direkteoppgjør betaler pasienten godkjent egenandel og tannlegens mellomlegg (tannlegene har fri prissetting), mens tannlegen får refusjonen utbetalt direkte fra Helfo basert på innsendte regninger.

Det foreslås å styrke budsjettet med 40 mill. kroner til stønad til tannhelsekontroll hvert andre år for eldre over 75 år, med virkning fra og med annet halvår 2013 (helårs budsjettvirking 80 mill. kroner). Formålet med regelmessig tannhelsekontroll er å kunne oppdage ev. forringelse i tannhelse hos eldre, for dermed forhindre uheldig og uverdigg forfall av tannhelsen. Det foreslås at personer som er 75 år og eldre får rett til stønad fra folketrygden for inntil 800 kroner for å dekke utgifter til tannhelsekontroll. Stønad vil bli gitt annethvert år fra og med det kalenderåret vedkommende fyller 75 år, dvs. til personer som fyller henholdsvis 75 år, 77 år, 79 år osv. i stønadsåret. Det er en forutsetning at tannhelsekontrollen omfatter undersøkelse, aktuelle røntgenbilder, diagnostikk og ev. behandlingsforslag, og opplæring til egenomsorg. Der tannlegen følger statens honorartakster vil selve kontrollen være gratis, og dekkes av stønaden på 800 kroner. Personer som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven vil fortsatt få gratis tannhelsehjelp av fylkeskommunen.

I tråd med forslaget i Prop. 1 LS (2011–2012) Skatter, avgifter og toll 2012 vedtok Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 2012 å fase ut særfradraget for store sykdomsutgifter over tre år. I budsjettet for 2012 ble utgifter til tannbehandling tatt ut av ordningen. De frigjorte midlene ble brukt til å øke folketrygdens refusjonstakster til tannbehandling.

Som del av utfasingen av særfradragetsordningen ble trygdens stønad til dekning av utgifter til behandling av periodontitt og til sykdommens følgetilstander styrket med til sammen 100 mill. kro-

ner gjeldende fra 1. januar 2012. Økningen ble foretatt ved at refusjonstakstene i gjennomsnitt ble økt med om lag 25 pst. sammenliknet med 2011-takster. I tillegg ble refusjoner til tannbehandling for personer med alvorlige medisinske lidelser økt med om lag 37 mill. kroner.

For 2013 foreslås videre utfasing av særfradragetsordningen. Det vises til nærmere omtale i Prop. 1 LS (2012–2013) Skatter, avgifter og toll 2013. For 2013 foreslås 20 mill. kroner til å øke folketrygdens refusjoner for tannbehandling til personer med nedsatt evne til egenomsorg ved varig somatisk eller psykisk sykdom, eller ved varig nedsatt funksjonsevne. Forslaget innebærer at stønad til tannbehandling kan gis etter honorartakst ved disse lidelser eller tilstander. I forbindelse med videre utfasing av særfradragetsordningen tas det sikte på at bl.a. økt stønad til tannbehandling for særskilte diagnosegrupper blir prioritert.

Regnskapstall for første halvår 2012 viser at stønad til behandling av periodontitt har økt med om lag 40 pst. sammenliknet med tilsvarende periode i 2011. Dette innebærer en betydelig vekst ut over det som var forutsetningen i 2012-budsjettet. Stønad til behandling av sykdommens følgetilstander har økt med om lag 30 pst. (refusjonstakstene ble økt med i gjennomsnitt 28 pst.). I samme periode har stønad ved behandling av patologisk tap av tannsubstans (attrisjon/erosjon) og ved munn-tørrhet (hyposalivasjon) økt betydelig. Hoveddelen av utbetalingene er knyttet til behandlinger som i begrenset grad er sammenfallende med Helsedirektoratets faglige anbefalinger. Veksten i utbetalinger var etter første halvår 2012 samlet for alle stønadsordninger til tannlegehjelp 13,6 pst. høyere sammenliknet med tilsvarende periode i 2011.

På denne bakgrunn foreslås en omfordeling med 30 mill. kroner til kap. 770, post 21 og 70, sammenliknet med saldert budsjett for 2012. Det vises til nærmere omtale under kap. 770, post 70. En reduksjon på 30 mill. kroner på kap. 2711, post 72 fordeles slik at refusjonene til behandling av periodontitt som et utgangspunkt ikke prisjusteres (se øvrig forslag til justering nedenfor). Refusjoner knyttet til behandlingsformer som faglig anses ikke å være i samsvar med direktoratets fag-

lige anbefalinger, vil bli nedjustert. Øvrige honorartakster og refusjoner vil som hovedregel bli prisjustert med i gjennomsnitt 3,1 pst.

Regjeringen fremmet i mai 2012 Prop. 123 L (2011–2012) om endringer i folketrygdloven (Stønadsordning til undersøkelse og behandling hos tannpleier). Under forutsetning av Stortingets lovvedtak, tar departementet sikte på at stønadsordningen ved undersøkelse og behandling hos tannpleier for sykdommen periodontitt kan tre i kraft fra 2013. Regjeringen har i lovproposisjonen lagt til grunn at innføring av ordningen skal gjennomføres innenfor den økonomiske rammen for folketrygdens stønadsordning for tannbehandling ved innføringstidspunktet. Dette inkluderer utgifter under egenandelstak 2. Aktuelle merutgifter skal i sin helhet dekkes gjennom pasientbetaling. Det innebærer at refusjoner som i dag gjelder for periodontittbehandling hos tannleger skal nedjusteres tilsvarende merkostnadene ved den foreslåtte ordningen.

Beregninger basert på regnskapstall etter første halvår 2012 viser merkostnader på drøye 15 mill. kroner. Materiale fra Helfos landsomfattende kontroll med innsendte krav for refusjon ved behandling av periodontitt inngår i dette beregningsgrunnlaget. Beløpet utgjør om lag 3 pst. av det som kan anslås blir de samlede utbetalinger av stønad ved behandling av sykdommen periodontitt og dens følgetilstander for 2012. Med utgangspunkt i at refusjonstakstene som følge av omdisponering av midler til kap. 770 av den grunn ikke skal prisjusteres, vil økt pasientbetaling innebære at godkjent egenandel ved systematisk behandling av marginal periodontitt ved behandling hos tannlege (takst 501) vil kunne øke fra 350 kroner til 365–370 kroner, dvs. en økning med 15–20 kroner (egenandelen inngår i egenandelstak 2). Personer som går til tannpleier for undersøkelse, diagnostikk og behandling for periodontitt vil derimot få betydelig lavere egenbetaling sammenliknet med det beløp de betaler hos tannpleier etter dagens ordning. For behandling av periodontittsykdommens følgetilstand, dvs. behandlinger som skal erstatte tap av tenner, vil

en inndekning på om lag 3 pst. innebære en nominell videreføring i 2013 av refusjonsbeløpene som gjelder for 2012, dvs. videreføring uten prisjustering.

De endelige beregninger av endringene i refusjonsbeløp og godkjente egenandeler som følge av den foreslåtte lovendring vil bli foretatt i forbindelse med departementets fastsetting av takster gjeldende fra 1. januar 2013, basert på de regnskapstall for trygdens utbetaling som foreligger på det tidspunkt, og under forutsetning av Stortingets lovvedtak.

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 pga. sykdom eller mistanke om sykdom. Stønadsordning 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 ev. 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.

Refusjonstakstene ble prisjustert med 3,1 pst. fra 1. januar 2012.

Tabell 4.30 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt i 2010 og 2011

(i mill. kr)	2010	2011	Endring
Laboratorium	242	272	12,4 %
Røntgen	167	180	7,8 %
Total	409	452	10,5 %

De regnskapsførte utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte med 10,5 pst. fra 2010 til 2011.

1. januar 2012 ble det innført nytt refusjonssystem for poliklinisk radiologi, jf. omtale i Prop. 1 S (2011–2012). Ordningen er basert på aktivitetsregistrering gjennom et nyutviklet kodeverk og omfatter både offentlige og private virksomheter,

jf. kap. 732, post 77. Det er lagt opp til at omleggingen til nytt refusjonssystem skal være budsjett-nøytral. Departementet vil evaluere denne forutsetningen og foreta ev. korreksjoner i refusjonsnivået fra 1. januar 2013.

Egenandelene hos private laboratorier og røntgeninstitutt foreslås økt med 2,6 pst. fra 1. juli 2013.

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
2751	Legemidler mv.	9 199 783	9 805 000	10 210 000	4,1
2752	Refusjon av egenbetaling	4 256 172	4 349 600	4 316 000	-0,8
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	5 523 143	5 944 700	6 281 700	5,7
2756	Helsehjelp i utlandet	2 161	50 000	10 000	-80,0
	Sum kategori 30.50	18 981 259	20 149 300	20 817 700	3,3

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	259 485	265 000	290 000	9,4
70–89	Andre overføringer	18 721 774	19 884 300	20 527 700	3,2
	Sum kategori 30.50	18 981 259	20 149 300	20 817 700	3,3

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
70	Legemidler	7 690 203	8 199 000	8 481 000
71	Legeerklæringer	4 089	11 000	5 000
72	Medisinsk forbruksmateriell	1 505 491	1 595 000	1 724 000
	Sum kap. 2751	9 199 783	9 805 000	10 210 000

Det foreslås 86 mill. kroner til forhåndsgodkjent refusjon for en gruppe blodfortynnende legemidler som reduserer risikoen for hjerneslag hos pasienter med atrieflimmer. Dabigatran er det første av flere nye tilsvarende legemidler som kan erstatte dagens behandling med warfarin. De nye

legemidlene gir redusert behov for kontroller og dosejustering, lavere risiko for blødninger og trolig like bra eller bedre behandlingsresultat.

Det foreslås å innføre en angivelse av antall teststrimler til blodsuktermåling på resepter. Tiltaket gjennomføres ved at legene angir mengde

på resepten i samråd med hver enkelt pasient. Dette gir en besparelse på 6 mill. kroner.

Post 70 Legemidler

Se omtale under programkategori 10.50 om mål for legemiddelområdet.

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsaklig etter blåreseptordningen, jf. folketrygdloven § 5-14 og 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 går fram 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.

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 38 pst., men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept.

Barn under 16 år 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.

Alderspensionister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt for å betale egenandel på blå resept, hvis de får utbetalt en årlig pensjon som ikke overstiger minste pensjonsnivå. Videre er alderspensionister, uførepensionister og AFP-pensionister som mottar sært tillegg, fritatt fra å betale egenandel på blå resept.

Egenandeler for legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen (egenandelstak 1), som er nærmere omtalt under kap. 2752, post 70. Egenandelstak 1 innebærer at pasientens årlige utgifter knyttet til legehjelp (inkludert laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, enkelte polikliniske konsultasjoner, pasientreiser samt legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmaterieell på blå resept samlet ikke skal overstige 1980 kroner i 2012.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler på blå resept var 7,7 mrd. kroner i 2011. Fra 2010 til 2011 gikk utgiftene ned med 1,5 pst. Det vises til nærmere omtale i innledningen under programområde 30.

Nye legemidler i blåreseptordningen

Legemiddelverket oversendte i 2011 to søknader om forhåndsgodkjent refusjon til departementet på grunn av at kostnadene oversteg bagatellgrensen. Begge disse er innvilget refusjon. Ticagrelor ble innvilget forhåndsgodkjent refusjon i forbindelse med statsbudsjettet for 2012, mens det for dronedaron tilkom nye opplysninger som medførte at budsjettanslagene ikke lenger oversteg bagatellgrensen. Legemiddelverket kunne derfor innvilge forhåndsgodkjent refusjon innenfor sine egne fullmakter.

Legemiddelverkets refusjonsvurdering av legemidlet dabigatran ble mottatt i 2012.

Dabigatran (Pradaxa)

Dabigatran er et blodfortynnende legemiddel som reduserer risikoen for dannelse av blodpropp. Legemidlet brukes bl.a. for å redusere risikoen for hjerneslag eller blodpropp hos pasienter med atrieflimmer eller med andre risikofaktorer. Statens legemiddelverk har vurdert at behandling med dabigatran hos denne pasientgruppen er kostnadseffektiv, og at kriteriene for forhåndsgodkjent refusjon er oppfylt.

Dabigatran er det første av flere nye tilsvarende legemidler som kan erstatte dagens behandling med warfarin. Behandling med warfarin krever hyppige kontroller (INR) og dosejustering, da det er høy blødningsrisiko forbundet med behandlingen. Sammenliknet med warfarin gir de nye legemidlene, gitt at de brukes riktig, mindre risiko for over- eller underdosering, det er mindre behov for kontroll, de har færre interaksjoner og

gir trolig like godt eller bedre behandlingsresultat. Hovedgevinsten med de nye legemidlene synes å være at de er tryggere og enklere i bruk. Den nye behandlingen krever også færre legebesøk/kontroller, og vil derfor frigjøre ressurser både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Bruk av de nye legemidlene forventes også å kunne gi færre slag og dermed færre sykehusinnleggelseser. Dette vil kunne frigjøre midler knyttet til akuttbehandling i sykehus, rehabilitering i sykehus og hjemme, opphold på sykehjem/omsorgsbolig og reinnleggelseser i sykehus. Den nye behandlingen vil også spare pasienter for mye reisetid siden behovet for kontroller reduseres.

Legemiddelverket anslår at forhåndsgodkjent refusjon for dabigatran vil kunne gi merutgifter på legemiddelbudsjettet første år på 86 mill. kroner, økende til rundt 244 mill. kroner femte året. Legemiddelverket anslår at drøye 50 000 pasienter kan være aktuelle for behandling med de nye legemidlene om fem år, basert på dagens kunnskapsgrunnlag. Anslagene hviler på flere usikre forutsetninger.

Legemiddelverket anslår videre at den nye behandlingen vil frigjøre ressurser i helsetjenesten i størrelsesorden 35 mill. kroner i 2013 og 160 mill. kroner i 2016, som følge av færre legebesøk/kontroller og færre slagtilfeller.

Det foreslås 86 mill. kroner i 2013 til forhåndsgodkjent refusjon av dabigatran og tilsvarende legemidler som kan erstatte dagens behandling med warfarin.

Ny ordning for individuell refusjon

Folketrygdens refusjonssystem gir dekning for utgifter til legemidler som brukes i behandling av alvorlige sykdommer, eller tilstander der behandling er nødvendig for at alvorlig sykdom skal unngås i framtiden. Det er etablert tre ulike ordninger for refusjon av utgifter til legemidler som benyttes utenom sykehus eller kommunehelsetjenesten. Forhåndsgodkjent refusjon hvor legen skriver ut en blå resept uten søknad, er den mest omfattende ordningen. Det er også mulig å søke om individuell refusjon etter blåreseptordningen eller om bidrag for visse legemidler etter bidragsordningen.

Det har de siste årene blitt gjennomført mange endringer innenfor forhåndsgodkjent refusjon for å sikre kostnadseffektiv bruk av legemidler. Ordningen med individuell refusjon har ikke blitt endret tilsvarende.

Det vil bli sendt på høring et forslag om endring i regelverket for individuell refusjon av lege-

midler. Endringen vil innebære at det skal kunne gis individuell refusjon ved alvorlig sykdom, uavhengig av om det finnes legemidler som er gitt forhåndsgodkjent refusjon for sykdommen eller om det er en sjelden sykdom. Med de foreslåtte endringene i individuell refusjon vil bidragsordningen for legemidler (unntatt særordningen for p-piller og for infertilitetsbehandling) ikke lenger være nødvendig som en sikkerhetsventil, og bidragsordningen vil derfor bli foreslått avviklet. Det tas sikte på at endringer i individuell refusjon finansieres med midler som frigjøres ved avviklingen av særfradragsordningen for store sykdomsutgifter.

Legemiddelpriser

Statens legemiddelverk fastsetter priser på reseptpliktige legemidler, jf. omtale under kap. 750.

På oppdrag for departementet gjennomførte Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) en prisundersøkelse i mai 2008. Denne og påfølgende prisundersøkelser gjennomført av SNF de senere år indikerer at Norge er blant de billigste av ni nordvesteuropiske sammenlikningsland på legemidler. Dette gjelder både legemidler som har konkurransebeskyttelse og byttbare (generiske) legemidler. Gjennom dialog mellom Helse- og omsorgsdepartementet og leverandøren av datagrunnlaget, IMS Health (Intercontinental Marketing Services), kom det fram opplysninger som antyder at prisundersøkelsen viste lavere priser på byttbare legemidler i Norge, som er prisregulert gjennom trinnprissystemet, enn det som faktisk var tilfellet. Departementet tok derfor initiativ til en gjennomgang av datagrunnlaget for denne undersøkelsen. Basert på et annet og mindre datagrunnlag beregnet SNF nye prisindekser. De nye beregningene viste ikke store avvik fra de opprinnelige prisindeksene. SNF konkluderte likevel med at IMS Health hadde oppgitt for lave priser i trinnprissegmentet.

I Prop. 1 S (2011–2012) orienterte Helse- og omsorgsdepartementet Stortinget om at det er tatt initiativ til en ny prisundersøkelse som skal sammenlikne prisene på byttbare legemidler mellom Sverige, Danmark og Norge. Resultatene av denne undersøkelsen var opprinnelig ventet å foreligge ved årsskiftet 2011/2012. Det har imidlertid vist seg at sammenstillingen av dataene mellom de tre landene har vært mer krevende enn tidligere forventet. Det er nå ventet at prisundersøkelsen vil bli publisert i løpet av 2012.

Prisnivået og apotekenes avanse ved salg av legemidler må sees i lys av en samlet vurdering av

pris og avanse for byttbare og ikke-byttbare legemidler, samt avanse på andre forhandlingspliktige varer. På bakgrunn av resultatene fra den nye prisundersøkelsen på byttbare legemidler vil departementet vurdere om det er behov for endringer i strukturen for pris- og avanseregulering for legemidler i Norge. Departementet vil i denne sammenheng også vurdere om det er behov for endringer i pris- og avansestrukturen på medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler, jf. omtale under kap. 2751, post 72.

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 av staten.

Utgiftene til legeerklæringer var 4,1 mill. kroner i 2011.

Post 72 Medisinsk forbruksmateriell

Bevilgningen omfatter utgifter til visse typer medisinsk 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 domi-

nerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og 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. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir levert av apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislister for medisinsk forbruksmateriell er uttømmende og angir hvilke produkter det gis refusjon til og pris for disse.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 1 505 mill. kroner i 2011, mot 1 440 mill. kroner i 2010, en økning på 4,3 pst.

Det foreslås å innføre en angivelse av antall teststrimler til blodsuktermåling på resepter. Tiltaket gjennomføres ved at legene angir mengde på resepten i samråd med hver enkelt pasient. Anslått besparelse er 6 mill. kroner.

Det gjøres en prisundersøkelse om priser på byttbare legemidler i Norge, sammenliknet med Sverige og Danmark. Når denne foreligger, vil departementet vurdere om det er behov for endringer i pris- og avansestrukturen på medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler. Det er ventet at prisundersøkelsen vil bli publisert i løpet av 2012. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
70	Egenandelstak 1	4 090 645	4 164 600	4 149 000
71	Egenandelstak 2	165 527	185 000	167 000
	Sum kap. 2752	4 256 172	4 349 600	4 316 000

Det legges til grunn at egenandelene følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme reelle nivå. Prisomregning av egenandelene under egenandelstakene svarer i sum til om lag 110 mill. kroner. Prisjusteringen foreslås gjennomført ved å øke tak 1 fra 1980 til 2040 kroner og tak 2 fra 2560 til 2620 kroner fra 1. januar 2013. Videre foreslås egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen samt pasientreiser økt med 2,6 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 1,3 pst. for året under ett.

Det foreslås å endre folketrygdlovens § 22-19 slik at det innføres en bagatellgrense på 100 kroner for refusjon av innbetalte egenandeler utover egenandelstak 1. Nåværende bagatellgrense ved de andre helserefusjonsordningene på 50 kroner foreslås hevet til 100 kroner. Forslaget innebærer at tilgodehavende beløp fra ulike refusjonsområder kan slås sammen og betales ut dersom de til sammen overstiger bagatellgrensen på 100 kroner. Forslaget vil innebære administrativ innsparing for Helfo med anslagsvis 2 mill. kroner og reduserte utgifter for folketrygdens med anslagsvis 25 mill. kroner.

Post 70 Egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak 1 for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder egenandeler til legehjelp (inkludert laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, viktige legemidler på blå resept og medisinsk forbruksmateriell samt pasientreiser. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av Prop. 1 S.

Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret. Automatisk frikort ble innført fra 1. juni 2010. Ansvar for frikortordningene ble samtidig overført fra Nav til Helsedirektoratet ved Helseøkonomiforvaltningen, Helfo.

Tabell 4.31 Utgifter dekket over egenandelstak 1 i 2010 og 2011

(i mill. kr)	Regnskap 2010	Regnskap 2011	Endring
Legehjelp	2 117,0	2 086,6	-1,4 %
Psykologhjelp	113,7	107,2	-5,7 %
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 406,7	1 312,7	-6,7 %
Pasientreiser	554,3	584,1	5,4 %
I alt	4 191,7	4 096,6	-2,4 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler gikk ned fra 4 192 mill. kroner i 2010 til 4 090 mill. kroner i 2011, en reduksjon på 2,4 pst. Reduksjonen i utgifter har sammenheng med at 2011 var det første ordinære driftsår med automatisk frikort, mens man i innføringsåret fikk om lag 200 mill. kroner i ekstra utgifter grunnet raskere utbetalinger.

I 2011 ble det utstedt 1 212 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen. Dette er om lag 42 000 flere frikort enn i 2010, og er en økning på 3,6 pst. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket. Egenandelstaket økte fra 1880 kroner i 2011 til 1980 kroner i 2012.

De fleste refusjonskravene som går inn under egenandelstak 1 sendes nå inn elektronisk.

Det vises til omtale under programområde 30.

Bagatellgrense

Det foreslås å endre folketrygdlovens § 22-19 slik at det innføres en bagatellgrense på 100 kroner for refusjon av innbetalte egenandeler utover egenandelstak 1. Når automatisk frikort ble innført i 2010 ble det ikke innført bagatellgrense i ordningen. Det er en bagatellgrense på 50 kroner

for øvrige helserefusjoner. Det foreslås at denne heves til 100 kroner for disse refusjonene. Ev. utestående beløp må da overstige minst 100 kroner for at de skal bli utbetalt. Forslaget innebærer at tilgodehavende beløp fra ulike refusjonsområder, som egenandelstak 1, egenandelstak 2 og bidragsordningen, kan slås sammen og betales ut dersom de til sammen overstiger bagatellgrensen på 100 kroner. Denne samordningen av utestående beløp innen helserefusjonsområdet opprettholdes som i dag.

Dagens bestemmelse i § 22-19 sier at alle stønader som administreres av trygdens organer eller utbetales av dem kan slås sammen, slik at summen av utestående stønadsbeløp overstiger bagatellgrensen (50 kroner i 2012) skal utbetales. Det foreslås at denne samordningen mellom Nav og Helfo bortfaller. Bakgrunnen for forslaget er at dagens regler er tungvinte å praktisere og oppleves som byråkratiske av brukerne. Den er administrativt svært krevende å gjennomføre siden egenandelstak 1 refunderes automatisk. I tillegg har ikke etatene innsyn i hverandres informasjon. Forslaget vil innebære administrativ innsparing for Helfo med anslagsvis 2 mill. kroner og reduserte utgifter for folketrygdens med anslagsvis 25 mill. kroner.

Økning av egenandelstak 1

Det foreslås å øke egenandelstak 1 med 60 kroner, fra 1980 til 2040 kroner. Egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen samt pasientreiser foreslås økt med 2,6 pst. i gjennomsnitt. Det foreslås ingen endringer i egenandeler for blå resept. Egenandelen for pasientreiser endres fra 1. januar 2013. De øvrige egenandelene endres fra 1. juli 2013.

Post 71 Egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak 2 for egenandeler, 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)

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av Prop. 1 S. For 2012 er utgiftstaket 2560 kroner. Når årlige utgifter overskrider 2560 kroner, har brukeren rett til frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter fullt ut av folketrygden. Det er Helsedirektoratet ved Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, som har ansvaret for frikortordningene.

I 2011 ble det utstedt 45 700 frikort, en nedgang på 650 frikort eller 1,4 pst. fra 2010. Tall fra 2011 viser at 34 pst. av frikortmottakerne er alders- og uførepensjonister. Av disse er om lag 3 pst. uføre med minste pensjonsnivå. Om lag 65 pst. av de som i 2010 oppnådde frikort i tak 2-ordningen oppnådde også frikort under tak 1. Dette omfattet om lag 30 000 personer.

Utgiftene til refusjon av egenandeler ble redusert fra 179 mill. kroner i 2010 til 166 mill. kroner i 2011, en nedgang på 7,3 pst.

Det vises til omtale under programområde 30.

Det foreslås å øke egenandelstak 2 med 60 kroner, fra 2560 til 2620 kroner.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
62	Fastlønsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	259 485	265 000	290 000
70	Allmennlegehjelp	3 396 686	3 664 100	3 941 200
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 614 729	1 755 000	1 765 500
72	Jordmorhjelp	46 563	45 600	50 000
73	Kiropraktorbehandling	118 266	126 000	138 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	87 414	89 000	97 000
Sum kap. 2755		5 523 143	5 944 700	6 281 700

Det legges til grunn at egenandelene følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme reelle nivå. Prisomregning av egenandelene under egenandelstakene svarer i sum til om lag 110 mill. kroner. Prisjusteringen foreslås gjennomført ved å øke tak 1 fra 1980 til 2040 kroner og tak 2 fra 2560 til 2620 kroner fra 1. januar 2013. Egenandelene for lege- og fysioterapitjenester foreslås økt med 2,6 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2013.

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven, herunder fastlegeordning. Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling bl.a. hos allmennleger, fysioterapeuter og jordmødre. I tillegg yter folketrygden stønad til fastlønsordningen for fysioterapeuter.

Post 62 Fastlønsordning fysioterapeuter

Det ytes 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. Fastlønnstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner. Kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21.

Fastlønnstilskuddet til kommuner med fysioterapeutstillinger var 167 400 kroner per 100 pst. stilling i 2011. Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2012, ble fastlønnstilskuddet økt til 176 220 kroner.

Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 259 mill. kroner i 2011, mot 235 mill. kroner i 2010, en økning på 10,2 pst. Utgiftsøkningen har sammenheng med en økning i antall fastlønte fysioterapiårsverk i kommunene og økningen i fastlønnstilskuddet fra 2010 til 2011.

For nærmere omtale, se innledende omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

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 folketrygden at allmennlegen har fastlegeavtale med kommunen eller deltar i kommunalt organisert lege-

vakt. 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 under kategoriområde 10.60 og kap. 762 Primærhelsetjeneste.

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, regionale helseforetak, 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).

Tabell 4.32 Utgifter til allmennlegehjelp 2010 og 2011 (regnskapstall)

(i mill. kr)	2010	2011	Endring
Fastleger mv.	2 732,7	2 835,8	3,8 %
Legevakt	402,2	407,9	1,4 %
Avsetning til fond	148,4	153,0	3,0 %
Sum kap. 2755, post 70	3 283,3	3 396,7	3,4 %

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 3 283 mill. kroner i 2010 til 3 397 mill. kroner i 2011.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres, f.eks. gjennom flere konsultasjoner som følger av flere fastleger/

innbyggere 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 refusjonstakster og egenandeler.

Tabell 4.33 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2010–2013

(i mill. kr)	Regnskap 2010	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
Sum kap. 2755, post 70	3 283,5	3 396,7	3 664,1	3 941,2
Volumvekst (anslag)	0,8 %	2,7 %	4 %	3 %

Utgiftsveksten i 2011 skyldes en antatt volumvekst på om lag 3 pst., samt en økning i refusjonene til allmennleger som følge av takstforhandlingene om normaltariffen for leger.

Utgiftsveksten i 2012 skyldes en antatt volumvekst på om lag 4 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2013 en volumvekst i allmennlegetjenesten på 3 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2012 er innarbeidet.

Egenandelene hos allmennlege foreslås økt med 2,6 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2013.

Post 71 Fysioterapi

Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir 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.

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.

Over halvparten av pasientene 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 fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres opp under post 62. Dersom kommunene velger å ansette fysioterapeuter i fastlønte stillinger i stedet for å inngå driftsavtaler, vil dette i utgangspunktet resultere i en reduksjon i utgiftene over post 71, mot en økning over post 62. Bevilgningene kan derfor benyttes gjensidig under den andre posten.

Tabell 4.34 Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter 2010 og 2011

(i mill. kr)	2010	2011	Endring
Fysioterapeuter med avtale	1 512,4	1 557,4	3,0 %
Fysioterapeuter uten avtale ¹	75,8	29,7	-60,8 %
Avsetning til fond	26,8	27,6	3,0 %
Sum kap. 2755, post 71	1 615,0	1 614,7	0,0 %

¹ Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 615 mill. kroner i 2010 og tilsvarende i 2011. Reduksjon i refusjoner til fysioterapeuter uten avtale på nær 61 pst. må sees i sammenheng med at det siden 2006–2007 har vært en ukorrekt intern fordeling mellom fysioterapeuter med og uten driftstilskudd i regnskapet. Regnskapstallene gir derfor ikke et korrekt bilde av utgiftsutviklingen for fysioterapeuter uten driftstilskudd i denne perioden.

Utgiftsendring kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres f.eks. gjennom antall konsultasjoner og antall 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 utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2011 totalt 4296 fysioterapiårsverk. Dette viser at årsverksutviklingen holder seg nokså uendret. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere er imidlertid minsket fra 8,7 i 2010 til 8,6 i 2011. Dette kommer av at befolkningsøkningen

har vært større enn veksten i årsverk for fysioterapeuter i samme periode. Fysioterapiårsverk innen diagnose, behandling og rehabilitering har økt med 51 årsverk, mens tallet på miljørettet helsevern og annet forebyggende arbeid viser en tilsvarende reduksjon. Det er en svak økning i fysioterapitjenester for beboere i sykehjem fra 2010.

Tabell 4.35 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2010–2013

(i mill. kr)	Regnskap 2010	Regnskap 2011	Budsjett 2012	Forslag 2013
Sum kap. 2755, post 71	1 615,0	1 614,7	1 755,0	1 765,5
Volumvekst (anslag)	2,3 %	-0,5 %	4 %	2 %

Kommunenes oppsplitting av driftstilskudd i små enheter med forutsetning om fulltidsarbeid har tidligere bidratt til økt aktivitet i tjenesten. Kostrapporteringen viser at av i alt 3987 avtalehjemler i 2011 er 47,4 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene er deltidshjemler. 41,4 pst. av avtalehjemlene er i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 11,2 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2010 viser dette at kommunene har løftet deltidshjemlene slik at det er større samsvar mellom faktisk arbeidsvolum og hjemmelsstørrelse, noe som er en ønsket utvikling. I utgangspunktet skal en avtalehjemmel for fysioterapeutene være i samsvar med det omfang fysioterapeuten arbeider. Kommunene skal kun utlyse en deltidshjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapitjeneste. For å gjøre det mulig for kommunen å øke volumet i eksisterende driftsavtaler uten ekstern utlysning er det fra 1. januar 2012 fastsatt en ny forskrift. Det er fortsatt for stort avvik mellom avtalehjemmel og arbeidsomfang. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel ol., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen. Departementet vil arbeide videre med tiltak som kan skape bedre samsvar mellom avtalehjemmelens størrelse og det faktiske arbeidsvolum.

Fra 2009 har det vært en lav vekst i fysioterapitjenester og prognose for 2012 viser en mindre volumvekst enn det budsjettet forutsetter. Volumveksten for 2013 er anslått til 2 pst.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og til innledningen under programområde 30.

Egenandelene hos fysioterapeuter foreslås økt med 2,6 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2013.

Post 72 Jordmorhjelp

Utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor, dekkes etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskontroller i helsestasjon utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger.

Utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad.

Ansvar for følgetjenesten/kvalifisert ledsagelse ved jordmor ble overført til de regionale helseforetakene 1. januar 2010, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009) og Prop. 1 S (2009–2010), kap. 732 og kap. 762. Fra 1. januar 2012 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for finansiering av kvalifisert ledsagelse ved jordmor og lege fra folketrygden, jf. Prop. 1 S (2011–2012) kap. 732, post 72–75. I en overgangsfase kunne gjeldende refusjonstakster for lege og jordmor kreves ut første halvår 2012 selv om utgiftene ble belastet regionale helseforetak. Fra 1. juli 2012 har regionale helseforetak etablert et nytt honoreringssystem og refusjonstakstene for ledsagelse ved lege og jordmor kan ikke lenger kreves. Det vises til omtale under kap. 732 Regionale helseforetak.

Utgiftene i 2011 var 47 mill. kroner, mot 43 mill. kroner i 2010.

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 118 mill. kroner i 2011 mot 110 mill. kroner i 2010. Utgiftsveksten skyldes en økning i antall kiropraktorer som har avtale om direkte oppgjør med Helfo og en økning i antall konsultasjoner som utløser refusjon. Antall konsultasjoner hos kiropraktor økte med 9 pst. fra 2010 til 2011.

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. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger har, siden 1948, hatt anledning til å få godtgjørelse fra folketrygden for undersøkelse og behandling av personer med språk- og talevansker.

I 2011 utbetalte folketrygden 82,3 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 5,1 mill. kroner til ortoptisk behandling.

De samlede utgiftene økte fra 81 mill. kroner i 2010 til 87 mill. kroner i 2011.

Kap. 2756 Helsehjelp i utlandet

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013
70	Helsehjelp i utlandet	2 161	50 000	10 000
	Sum kap. 2756	2 161	50 000	10 000

Post 70 Helsehjelp 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.

Refusjonsordningen ble satt i verk 1. januar 2011 og dekker refusjonsutgiftene ved helsehjelp som ikke omfattes av sørge for-ansvaret til kommuner, fylkeskommuner og regionale helsefor-

etak. Rapportering fra Helfo viser at det i all hovedsak er blitt refundert utgifter til tannbehandling ved sykdom, jf. folketrygdloven § 5-6, på denne budsjettposten. Det er et begrenset antall saker innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

Utgiftene til helsehjelp i utlandet var 2,2 mill. kroner i 2011.

Det vises til omtale under programområde 30.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
2790	Andre helsetiltak	222 791	229 837	230 000	0,1
	Sum kategori 30.90	222 791	229 837	230 000	0,1

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	Pst. endr. 12/13
70–89	Andre overføringer	222 791	229 837	230 000	0,1
	Sum kategori 30.90	222 791	229 837	230 000	0,1

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2011	Saldert budsjett 2012	Forslag 2013	
70	Bidrag	222 791	229 837	230 000	
	Sum kap. 2790	222 791	229 837	230 000	

Egenandeler, døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig.

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. Som hovedregel ytes bidrag med 90 pst. av de utgifter som overstiger 1634 kroner i 2012. Mange formål dekkes etter andre regler og satser. Egenandeler,

døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig.

Bidragsordningen består av om lag 20 forskjellige tilskuddsordninger. Fullstendig oversikt over hvilke tilskuddsordninger som kommer inn under bidragsordningen framkommer av rundskrivet til folketrygdloven § 5-22 Bidrag til spesielle formål. Rundskrivet er tilgjengelig via hjemmesidene til Helseøkonomiforvaltningen (Helfo.no).

Utgiftene på bidragsordningen har blitt redusert fra 617 mill. kroner i 2007 til 223 mill. kroner i 2011 som følge av at flere formål har blitt overført til andre ordninger.

Del III
Omtale av særlege tema

5 Sosiale helseskilnader

Regjeringa vil arbeide for å redusere sosiale og økonomiske skilnader og få bukt med fattigdom, gjennom m.a. universelle velferdsordningar, sterke fellesskapsløysingar og ved å gi alle høve til å delta i arbeid. St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, utgjør helsedelen i regjeringa sin utjamningspolitikk. Det er mange årsaker til helseskilnader, frå grunnleggjande faktorar som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorar som arbeids- og bumiljø, til meir direkte påverknadsfaktorar som helseåtferd og bruk av helsetenester. Arbeidet for å redusere sosiale helseskilnader krev langsiktig og målretta innsats på mange område. Den beste investeringa samfunnet kan gjere for å redusere sosiale helseskilnader er å skape gode og trygge oppvekstvilkår for alle, ei meir rettferdig fordeling av inntekt, og likt høve til utdanning og arbeid. Politikken legg vidare vekt på å hindre sosial utstøying av dei som av ulike årsaker fell ut av utdanning og arbeid. Mange grupper kan ha behov for målretta tenester, difor må universelle ordningar supplerast med individuelt brukartilpassa tenester og tiltak.

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 nordiske modellen med koordinerte lønnsoppgjer, eit godt sosialt tryggleiksnett, eit omfordelende skatte- og overføringssystem og sterke fellesskapsløysingar med offentlig tilbod innanfor blant anna utdanning og helsetenester fører til at forskjellane blir haldne på eit lågt nivå i Noreg samanlikna med mange andre land.

Den generelle langsiktige trenden frå midt i 1980-åra fram til 2006 er at skilnadene i inntekt viser ein svak, men jamn auke. Etter 2006 har skilnadene i inntekt vore stabile igjen. Svakare konjunkturar frå 2008 har gitt reduksjonar i kapital-

inntektene. Desse inntektene kjem i størst grad til dei med høg inntekt. Samstundes unngjekk ein at tilbakeslaget i den internasjonale økonomien førte til nemneverdig arbeidsløyse i Noreg. Når dei høgaste inntektene blei reduserte utan at ein stor del av befolkninga fekk reduserte inntekter som følgje av arbeidsløyse, vart forskjellane dermed reduserte. I 2010 auka kapitalinntektene noko igjen.

Delen av befolkninga som høyrer til hushald som har hatt låg inntekt over ein treårsperiode, såkalla varig låginntekt, har vore stabil, men sammensetninga av låginntektsgruppa har endra seg over tid. Endra familiemønster med fleire einslege forsørgjarar og fleire som bur åleine, og fleire personar med innvandrarbakgrunn, er forklaringar på denne utviklinga. Det har vore ein auke i barn og unge som lever i låginntekts-hushald. Barn med innvandrarbakgrunn er særleg utsette. Ifølgje målingar med målemetoden til EU hadde 7,9 pst. av befolkninga varig låginntekt i treårsperioden 2008–2010. Sidan 1997 har delen av befolkninga med varig låginntekt vore stabil rundt 8 pst. OECDs definisjon gir lågare tal, men her har vi sett ei auke i delen personar med varig låginntekt. I perioden 2000–2002 hadde 2,1 pst. av befolkninga varig låginntekt etter OECDs definisjon, og i perioden 2008–2010 gjelde dette 3,3 pst. Gruppa med varig låginntekt i alderen 67 år og eldre har gått ned dei siste åra. Opptrappinga av minstepensjonen til to gonger grunnsummen i folketrygda og høgare inntektsgrunnlag og høgare tilleggspensjon blant nye pensjonistar har ført til at det har blitt færre pensjonistar i låginntektsgruppa.

Verkemiddel

I 2006 gjennomførte Regjeringa ei skattereform og innførte i den samanhengen ein utbytteskatt. Formuesskatten har også blitt lagt om i omfordelende retning. Skattereforma er evaluert (Meld. St. 11 (2010–2011) Evaluering av skattereforma 2006). Fordelingsverknadene av skattereforma har vore positive, og omfordelinga gjennom skattesystemet er blitt betre. Det er i første rekkje

utbytteskatten og endringar i formuesskatten som har styrkt omfordelinga. Redusert toppskatt har også ført til at folk jobbar meir.

Lette i minstefrådraget og auka foreldrefrådrag har gitt breie skattelettar for dei med middels og låge inntekter. Fleire rundar med auke i minstepensjonane har også auka inntektene til ei stor gruppe med låge inntekter. Stortinget vedtok i samanheng med behandlinga av statsbudsjettet for 2012 å fase ut særfrådraget for store sjukdomsutgifter over tre år frå og med 2012. Ordninga med særfrådrag rekna med skattbar inntekt, og dei største fordelane gjekk til personar med god nok økonomi til å legge ut for til dels svært kostbare tiltak som elles ikkje var støtta av det offentlige. Dette har uheldige fordelingsverknader.

I 2012 vart utgifter til tannbehandling, boligtilpassing og transport tatt ut av ordninga. Samtidig vart ordninga stengt for nye brukarar. Dei frigjorte midlane i 2012 vart brukt til prioriterte tiltak knytt til tannhelse, ombygging av bustad, transport for funksjonshemma barn og unge og diabetesstrategi. Ordninga blir fasa ut mot 2015 ved at verdien av frådraget blir redusert med 1/3 i 2013 og 2/3 i 2014, før frådraget blir fjerna i 2015. På denne måten kan vi sikre at midla i større grad følgjar helsepolitiske prioriteringar, og at støtta i større grad kjem personar med behov for støtte til gode.

I tillegg til omfordelinga gjennom skattesystemet har den økonomiske politikken til Regjeringa i denne perioden lagt til rette for høg sysselsetjing og økonomisk vekst. Mange land blei hardt ramma av finanskrisa og den etterfølgjande gjeldskrisa. Arbeidsløysa har auka mye i desse landa, spesielt blant unge. Det kan vere vanskeleg å kome inn på arbeidsmarknaden igjen etter lange periodar med arbeidsløyse. I Noreg er sysselsetjinga blitt halde på eit høgt nivå til tross for svakare konjunkturar dei siste åra. Orden i økonomien er det beste vernet mot økonomiske kriser.

Fordelingsmeldinga (Meld. St. 30 (2010–2011)) som Regjeringa la fram i 2011, gir ein grundig presentasjon av Regjeringas politikk for å redusere økonomiske forskjellar i Noreg. Regjeringa legger vekt på ein langsiktig fordelingspolitikk gjennom tiltak som bidrar til utjamning i utdanningssystemet, oppvekstpolitikken, bustadpolitikken, helsepolitikken og arbeidsmarknadspolitikken. I tillegg kjem den direkte omfordelinga gjennom skatter og overføringer.

Handlingsplan mot fattigdom inneheld meir målretta tiltak mot særskilde utsette grupper. Sjø omtale av innsatsen mot fattigdom i Prop. 1 S (2012–2013) for Arbeidsdepartementet.

Oppvekst

Mål

Måla på oppvekstområdet er (1) full barnehagedekning og reduserte sosiale skilnader i bruken av barnehager, (2) redusere talet elevar som møter til skulestart utan tilfredsstillande språkdugleik, (3) redusere talet elevar som går ut av grunnskuleutdanninga med svake grunnleggjande ferdigheiter, (4) redusere talet elevar som ikkje fullfører vidaregåande opplæring, (5) betre tilgang til skulehelsetenesta, (6) tidleg identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper, og (7) redusere sosiale skilnader i barn og unges organisasjons- og kulturdeltaking.

Utvikling

Målet om full barnehagedekning er oppnådd ut i frå gjeldande regelverk om rett til barnehageplass. Tal frå Barnetilsynsundersøkinga som var gjennomført av Statistisk sentralbyrå i 2010, viser at det no er større grad av sosial utjamning i barnehagedeltakinga enn i 2002. Barn med minoritetsbakgrunn deltek framleis mindre i barnehage enn andre barn, men det er fleire og fleire som vel å nytte tilbodet. 95 pst. av 5-åringane med minoritetsbakgrunn går i barnehage. Det er ikkje tilgjengelege data på nasjonalt nivå om kor mange barn som har språkvanskar i og utanfor barnehage.

Talet på elevar som ikkje fullfører vidaregåande opplæring, er generelt høgt og viser ein klar sosial gradient. For yrkesfagleg utdanning, vil om lag halvparten av elevane med foreldre som berre har grunnskuleutdanning ha slutta undervegs eller ikkje ha fullført med bestått karakter. Når det gjeld grunnleggjande ferdigheiter, er det data frå dei nasjonale prøvane i lesing, rekning og engelsk. Barn av foreldre med høgre utdanning skårar i større grad på dei øvre meistringsnivåa på alle prøvene. Når det gjeld grunnskolekarakterar, varierer gjennomsnittet på grunnskolepoeng med nær 12 poeng, frå 34,1 poeng for elevar med lågast utdanna foreldre, til 45,8 poeng for barn av foreldre med lengre høgare utdanning.

Verkemiddel

Verkemiddel for å sikre at barnehagen skal vere inkluderande og gi eit tilpassa tilbod til alle barn er m.a. prioritet ved opptak for barn med nedsett funksjonsevne og statleg tilskott for å betre språkførståinga hos minoritetsspråklege barn i førskulealder. Kommunane har ansvar for å legge til rette eit inkluderande barnehagetilbod som til-

passa det behovet kvart enkelt barn har for oppfølging og støtte. Regjeringa la våren 2011 fram Meld. St. 18 (2010–2011) Læring og fellesskap, Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og vaksne med særlege behov. Eitt av tiltaka som er foreslege, er å sikre at alle barn får tilbod om språkkartlegging i barnehagen. Eit anna tiltak er å flytte rett til spesialpedagogisk hjelp for barn under opplæringspliktig alder med særlege behov frå opplæringslova til barnehagelova. Dermed vil barnehagelova regulere alle pedagogiske tilbod til barn under opplæringspliktig alder, uavsett om dei går i barnehage eller ikkje. Ein kan dermed sjå det spesialpedagogiske tilbodet i samheng med dei andre bestemmingane, som det at barn med nedsett funksjonsevne har fortrinnsrett til barnehageplass.

Barnehagen er særleg gunstig for språkutviklinga til barn av foreldre med låg inntekt, kort utdanning og som har anna morsmål enn norsk. Gratis kjernetid i barnehagen forbetra skoleprestasjonane til jenter med minoritetsbakgrunn ti år seinare. Dei tilsette i barnehagane skal bidra til å gi alle barn god språkstimulering, og Kunnskapsdepartementet har utarbeidd eit temahefte om språkmiljø og språkstimulering i barnehagen.

Mange kommunar har også språkstimuleringsstilbod til barn som ikkje går i barnehagar. Kommunar med mange minoritetsspråklege barn har i høgare grad slike tilbod. Staten gir eit tilskott til tiltak for å betre språkforståinga blant minoritetsspråklege barn i førskolealder. Mange barnehagar kartlegg språket til barna og Kunnskapsdepartementet satt i 2010 ned ei ekspertgruppe som skulle vurdere dei ulike språkkartleggingsverktøya som er i bruk i barnehagane i dag. Deira konklusjon er at ingen av dei åtte vanlege verktya eine og aleine innfrir dei komplekse krava som blir stilte frå forskjellige hald. Desse utfordringane arbeidar Kunnskapsdepartementet med.

Forsøk med gratis kjernetid i barnehagen har m.a. som føremål å betre språkkunnskapane og førebu minoritetsspråklige førskulebarn på skulestart. Målgruppa for forsøket er i hovudsak alle fire- og femåringar i områder der ein stor del av barna har eit minoritetsspråk som morsmål. Barna får tilbod om gratis opphald i barnehage fire timar om dagen, totalt inntil 20 timar kvar uke. 1. august 2011 var det forsøk i seks bydelar i Oslo (dei fire bydelane i Groruddalen, og bydelane Søndre Nordstrand og Gamle Oslo), i to område i Drammen (i Fjell og deler av Strømsø) og i tre skolekrinsar i Årstad bydel i Bergen. I Oslo er forsøket ein del av områdesatsinga i Søndre Nordstrand og Groruddalen i Oslo. Det er satt i gang ei

treårig evaluering av forsøket f.o.m. skuleåret 2011/2012.

Modellforsøket om betre samheng mellom skule og skulefritidsordning (Prosjekt helhetlig skoledag (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. Modellane skal innehalde dagleg fysisk aktivitet, skulemat, leksehjelp og kulturelle aktivitetar. Modellforsøket skal styrke kvaliteten i skulefritidsordninga og sjå på betre samarbeid og ressursutnytting i ein sunn og variert skuledag der skulefritidsordninga står opp om læringa og læringsmiljøet i skulen. Ein heilskapleg skuledag vil særleg vere viktig for elevar som i liten grad vert følgde opp utanom skuletida. Fysisk aktivitet, gratis frukt og grønt, tid til måltid og leksehjelp er 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.

Eit anna bidrag for å betre ferdigheiter, er evaluering av prestasjonane til elevane som grunnlag for vurdering og tidleg innsats via nasjonalt kvalitetsvurderingssystem. Ny lærarutdanning, eit varig system for etter- og vidareutdanning, yrkesrådgiving, rettleiarkorps for skuleutvikling og styrkt skuleleiarkompetanse, er andre sentrale innsatsområde. Arbeidslivsfag er eit alternativ til framandspråk. Forsøket starta hausten 2010 og som skal vare i fire år. Elevar på 8.–10. trinnet skal jobbe praktisk med tilpassa arbeidsoppgåver henta frå yrkesfaglege utdanningsprogram i vidaregåande opplæring, dersom dei ikkje vel framandspråk.

Ny Giv vart sett i verk hausten 2010. Tiltaka i prosjektet svarer i hovudsak på dei kritiske faktorene som utdanningsforskninga peiker på for at gjennomføringa i vidaregåande opplæring kan aukast. Hovudvekta er lagd på at dei svakaste elevane i siste del av 10. trinn og i vidaregåande opplæring får tett oppfølging slik at dei skal få betre føresetnader for å gjennomføre vidaregåande opplæring. Oppfølginga vert basert på ei avtale mellom elev/føresette og skolen. Det vil bli lagt særleg vekt på å utvikle elevane sine dugleikar i rekning, skrivning og lesing, og om lag 5000 elevar har våren 2012 gjennomført intensiv opplæring for å bli betre i desse dugleikane. For at intensivopplæringa skal bli best mogeleg, finansierer staten 6 dagar skoleing av om lag 1500 lærarar i både ungdomsskular og vidaregåande skular andre året. Ordninga vil i løpet av eit år bli bygd ut til å gjelde to lærarar ved alle ungdomsskular og vidaregåande skular.

I Ny Giv blir det og arbeidd med å styrke samarbeidet mellom den fylkeskommunale oppfølgingstenesta (OT), dei vidaregåande skulane, fagopplæringa, kommunane og Nav. Målet er å få på plass eit strukturert, samordna og målretta system for oppfølging av unge som står utanfor opplæring og arbeid. Målgruppa her er på vel 20 000 unge mellom 16 og 21 år. Fylka har ikkje klart å oppnå kontakt med meir en om lag halve målgruppa. Hausten 2011 vart det gjennomført felles program for å betre kompetansen for tilsette ved OT og Nav lokalt frå alle fylka. Det er òg etablert eit tilbod for dei som arbeidar i OT ved høgskolane i Telemark og Finnmark med oppstart hausten 2012. Forskrifta til OT er gjort meir forpliktande for fylkeskommunane med verking frå februar 2012. Fylkesmannsembeta og Helsedirektoratet er nå invitert inn i Ny Giv for å styrke fokus på ansvarsområda til kommunane og lokale helsemyndigheiter. Prosjektet har til nå vore med å redusere delen ungdommar som tidlegare var registrert som ukjente i Oppfølgingstenesten frå om lag 10 000 til 2500. Eit stort tall ungdommar er no i aktivitet eller er under oppfølging og rådgiving av OT. Delen ungdommar som er i aktivitet auka frå om lag 5000 i november 2011 til 9000 i juni 2012.

Unge i aldersgruppa 18–23 år som er i kontakt med barnevernet, er ei prioritert gruppe. Regjeringa i 2011 og 2012 øyremerkt midlar til det kommunale barnevernet. Målet er å styrke barneverntenesta i dei mest utsette kommunane, ved å auke talet på stillingar og ved å auke kompetansen blant dei tilsette. Regjeringa si styrking av det kommunale barnevernet har ført til 470 nye øyremerka stillingar i den kommunale barneverntenesta i 2011 og 2012. I 2009 vart barnevernlova endra slik at barneverntenesta no må grunngje fagleg kvifor tiltak for barn ikkje skal vidareførast når barnet er over 18 år. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har på bakgrunn av lovendinga gjeve ut eit nytt rundskriv om tiltak etter barnevernlova for ungdom over 18 år. Departementet er i ferd med å gå igjennom argumenta som er knytt til å gje barn ein lovfesta rett til tiltak og tenester etter barnevernlova. Arbeidet har m.a. bakgrunn i eit framlegg i NOU 2009: 22 Det du gjør, gjør det helt Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Dokumentasjon viser at det har vore svikt i oppfølginga av lovkrav på fleire område innanfor barnevernet i kommunane. Tidsfristar i undersøkingssaker har vore eit slikt svikt-område.

Gjennom Losprosjektet skal ungdom mellom 14 og 23 år som er i risiko for å falle ut av skule

eller arbeidsliv, få ein støtteperson, ein los. Losprosjektet vert sett i samheng med satsinga Ny giv og vert gjennomført i samarbeid med Kunnskapsdepartementet og Arbeidsdepartementet.

Det er av verdi for den enkelte å delta i kulturlivet, og at brei kulturell deltaking er viktig for samfunnet. Dette gjeld både bruk av offentlige kulturtilbod og deltaking i frivillige kulturaktivitetar. Kulturell deltaking kan danne grunnlag for kunnskap, kreativitet og læring. Det er også ein viktig sosial arena og kan bidra til å skape identitet, samkjensle og større forståing for samfunn, demokrati og ytringsfridom. I Meld. St. 10 (2011–2012) Kultur, inkludering og deltaking frå Kulturdepartementet er det gjort greie for dette. Meldinga peiker på sosiale skilnader i bruk av kulturtilbod og deltaking i det frivillige kulturlivet. Det er dei med høg utdanning og høg inntekt som er mest aktive. Personar med innvandrarbakgrunn frå Asia, Afrika, Latin-Amerika og Europa utanfor EU deltek i mindre grad enn andre. Eit mål i meldinga er difor at kunst- og kulturinstitusjonar og organisasjonar i kulturlivet skal trappe opp arbeidet for å nå underrepresenterte grupper.

Meld. St. 26 (2011–2012) Den norske idrettsmodellen trekker opp rammene for ein framtidretta statleg idrettspolitik. Meldinga legg vekt på at lokale idrettslag har brei tilslutning og difor er ein svært viktig arena for fellesskap og inkludering i det norske samfunnet. Idrettslag er sosiale møteplassar, og det å delta har ein eigenverdi som kjem i tillegg til dei idrettslege primæraktivitetane. Det er eit satsingsområde for regjeringa å bidra til å halde oppe og utvikle idretten som ein viktig arena for sosial inkludering. Både gjennom særskilde tiltak og ved å gje idrettslaga betre rammevilkår vil staten legge til rette for at idretten framleis kan vere open og inkluderande. Dette må innebære at alle, uavhengig av kjønn, etnisk eller kulturell bakgrunn, funksjonsevne eller seksuell orientering, skal kunne kjenne seg velkomne til å delta i idrettsaktivitetar.

Kulturdepartementet vil gjennom ulike tiltak vidareføre arbeidet med å fremje leselyst og leseglede, mellom anna ved å utvikle den funksjonen folkebiblioteka kan ha som arena for lesing og litteraturformidling. Den kulturelle skulesekken er ei viktig ordning for å stimulere til auka deltaking blant grupper som er underrepresenterte i kulturlivet.

Ordninga sikrar alle barn og unge tilgang til kunst og kulturtilbod av høg kvalitet gjennom heile skulegangen, uavhengig av sosial eller kulturell bakgrunn.

Kulturdepartementet vil også legge inn eit eige program for kultur som ein del av tilskotsordninga for barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn under Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet forvaltar tilskotsordninga Barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn. Ordninga skal bidra til at barn og ungdom i område med levekårsproblem kan få høve til å delta på lik linje med andre. Målet er å medverke til å betre oppvekst og levekår og bidra til sosial inkludering. I 2012 omfattar ordninga 23 større bykommunar og åtte prioriterte bydeler i Oslo. Innsatsen er todelt. Ei satsing retta mot ungdom (ungdomstiltak), og ei særskild satsing retta barn, unge og familiar som er råka av fattigdomsproblem (fattigdomstiltak). Midlane til ungdomstiltak vert nytta til tiltak og prosjekt retta mot ungdom i alderen 12–25 år med særskilde behov, og til utsette ungdomsgrupper og ungdomsmiljø. Midla til tiltak mot fattigdom vert m.a. nytta til ferie- og fritidstiltak for barn og unge og familiar som er råka av fattigdomsproblem. Tilskotsordninga inngår i regjeringas samla satsing mot barnefattigdom. Orninga blir sett i samanheng med andre statlege tilskotsordningar, m. a. Arbeids- og velferdsdirektoratet si tilskotsordning Kompetanse og utviklingstiltak for å førebygge og redusere fattigdom blant barn, unge og barnefamiliar som er i kontakt med sosialtenesta. Arbeids- og velferdsdirektoratet forvaltar òg tilskot til tiltak mot barnefattigdom for barn, unge og barnefamiliar som er i kontakt med dei sosiale tenestene i Nav.

Arbeid og arbeidsmiljø

Mål

Måla på arbeids- og arbeidsmiljøområdet er eit meir inkluderande arbeidsliv og sunnare arbeidsmiljø.

Utvikling

Ein overordna indikator for om ein har lukkast med arbeidslinja, fleire i arbeid og færre på trygd, kan være sysselsette i prosent av befolkninga i yrkesaktiv alder. Etter ein nedgang som følgje av finanskrisa i 2009, har det vore vekst i talet på sysselsette sida 2. kvartal 2010. I 2011 var det i følge nasjonalreknskapen sysselsett 22 000 fleire enn i 2008 og 308 000 fleire enn i 2001. Tall frå arbeidskraftsundersøkelsen tyder på at den relativt gode utviklinga i sysselsettinga har fortsett inn i 2012.

Ved utgangen av juli 2012 var det registrert 71 700 heilt arbeidslause, 900 færre enn same tid året før. Det var ein mindre auke i arbeidsløysa for kvinner. Talet på arbeidssøkjarar som har vore arbeidslause i meir enn eit år er redusert. Arbeidsløysa er høgst i aldersgruppa 20–29 år, der 4,3 pst. av arbeidsstyrken er utan arbeid. Den registrerte arbeidsløysa blant personar med innvandrarbakgrunn er om lag tre gonger så stor som i resten av befolkninga, og høgst blant personar frå Afrika.

Verkemiddel

Nav-lova § 14a gir brukarane rett til behovsvurdering, arbeidsevnevurdering og aktivitetsplan og vart innført i 2010. Same år var ordninga med arbeidsavklaringspengar innført. Ordninga erstatter attføringspengar, rehabiliteringspengar og tidsavgrensa uførestønad. Arbeidsavklaringspengar skal sikre inntekt i ein overgangsperiode der det pga. 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 legge til rette for tidlegare og tettare oppfølging av stønadmottakarar for at fleire raskare skal kome tilbake i arbeid eller i arbeidsretta aktivitet.

Kvalifiseringsprogrammet med kvalifiseringsstønaden som høyrer med, rettar seg mot personar med vesentleg nedsett arbeids- og inntekts-evne og 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 lang tid. Føremålet med kvalifiseringsprogrammet er å medverke til at fleire i målgruppa kjem i arbeid. Ved utgangen av 2011 deltok 7450 personar i programmet.

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.

Regjeringa ved arbeidsministaren la hausten 2011 fram ei melding til Stortinget om arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerheit, Meld. St. 29 (2010–2011). Meldinga vart det lagt fram omfattande dokumentasjon om arbeidsforholda og arbeidsmiljøtilstanden i norsk arbeidsliv. Meldinga viser at dei aller fleste arbeider under gode og forsvarlege arbeidsforhold i Noreg. Ni av ti

yrkesaktive seier at dei er tilfredse med jobben. Dei fleste har fast arbeidskontrakt og kjenner seg trygge for jobben. Arbeidstakarane rapporterer at arbeidstida er godt tilpassa familieliv og sosiale plikter, og dei fleste opplever at dei i høg grad kan påverke sin eigen arbeidskvardag. Noreg er blant dei landa der flest sysselsette seier at dei har høve til betalt fagleg utvikling. Ein mindre del av arbeidstakarane er utsette for negative arbeidsmiljøbelastningar i dag enn for 20 år sidan. Samstundes er det 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 har gode og helsefremjande arbeidsforhold. Viktige verkemiddel for å redusere sosiale skilnader i helse er å vidareføre og styrke arbeidet for eit godt og sikkert arbeidsmiljø i bransjar med store arbeidsmiljøbelastningar. Arbeidstilsynet har difor gjennomført tilsynssatsingar m.a. i næringane/sectorane bygg- og anlegg, transport, asylmottak, politiet, barnehagar, reinhald, verkstadindustrien og nærings- og nyttingsindustrien, hotell- og restaurant og undervisning. Arbeidstilsynet har også sett i gang ei satsing retta mot å auke kunnskapen om reglane i arbeidslivet og sentrale vilkår for eit godt arbeidsmiljø hjå unge arbeidstakarar og arbeidsgivarane deira, og å 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. Nasjonal overvaking av arbeidsmiljø og helse 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 Nasjonal overvaking av arbeidsmiljø og helse ut ei faktabok som gir ein samla nasjonal status og viser utviklingstrekk for norsk arbeidsmiljø og helse. Ei ny faktabok vart gitt ut 2011, her står data samla inn gjennom Levekårsundersøking 2009 til Statistisk sentralbyrå sentralt. På www.stami.no/noa er det lansert eit nytt verktøy for å overvake arbeidsmiljø og helse.

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 førebygge og hindre utstøyting frå arbeidslivet pga. psykiske lidingar eller problem, og å legge til rette for at dei som ønskjer og kan, skal kunne gjere seg nytte av arbeidsevna si.

Helseåttferd

Mål

Målet om å redusere sosiale skilnader i helseåttferd omfattar kosthald, fysisk aktivitet, røyking, alkohol og andre rusmiddel.

Utvikling

Generelt er det slik at grupper med lang utdanning og høg inntekt har eit meir sunt 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.

Ein utfordring framover er å auke inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukt og fisk, og å redusere inntaket av metta feitt, salt og sukker (Norkost, rapport 2012). Berre 15 pst. av befolkninga får i seg nok grønnsaker per dag og berre 25 pst. får i seg den anbefalte mengda av grove kornprodukt. Undersøkinga viser vidare at ikkje-røykarene hadde høgare inntak av frukt, bær og grønnsaker, enn personar som røykte dagleg. Berre 18 pst. av elevane i reine barneskuler (1–7) deltek i ordninga med abonnement på skulefrukt. Brus og godteri er framleis dei største sukkerkjeldene i kosten. Saltinntaket er dobbelt så høgt som tilrådd og det meste kjem frå ferdigmat. Helsevaneundersøkelsen viser en positiv utvikling i alle grupper blant norske 10.klassingar, med nedgang i brus og godteri og meir frukt og grønt.

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. Dersom ein bruker all fysisk aktivitet med moderat intensitet som indikator, er det framleis ein sosial gradient, sjølv om han er svakare. Utviklinga har samanheng med samfunnsendingar som inneber redusert kvardagsaktivitet. Aktivitetsnivået i befolkninga er lågare enn ein har rekna med tidlegare, og utviklinga går i negativ retning. Dette også rammar sosialt skeivt og medverkar til auka helseskilnader mellom grupper i befolkninga. Ferske resultat frå ein nasjonal kartlegging blant 9- og 15-åringar viser at meir av dagen brukas til stillesitting i 2011 samanlikna med i 2005/2006 og at færre er i 60 minutters dagelig moderat fysisk aktivitet. Aktiviteten minskar kraftig frå 9 til 15 år og berre halvparten av 15-åringane er tilstrekkelig fysisk aktive. 15-årige gutar tilbringer 70 pst. av tida i stillesittande aktivitetar.

Andelen dagleggrøkarar var i 2011 på om lag 17 pst., det svarar til over 700 000 menneske. Det er

tre gonger så mange som røykjer blant dei med grunnskule som høgaste utdanning, samanlikna med dei med universitets- eller høgskuleutdanning. Blant unge (16–24 år) røykte 12 pst. dagleg i 2010 og på fem år er prosentdelen halvert. Helsevaneundersøkelsen viser en positiv utvikling i alle grupper blant norske 10.klassingar. Samanlikna med 2005 visar talet frå 2009/10 at det har vore ein nedgong i delen som røykar i alle sosioøkonomiske grupper.

Realprisen på alkohol har gått ned sidan 1999. Nedgangen er størst for sterkvin og brennevin. Det har vært ein sterk auke i talet på skjenkestader sida 1992 og skjenkestader med høve til å skjenke brennevin har auka.

Verkemiddel

Omsynet til sosiale skilnader i helseåtfærd er eit viktig element i Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) og Lov av 24. juni 2011, nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelse-loven). I Nasjonal helse- og omsorgsplan varsla Regjeringa ein tverrdepartemental folkehelsestrategi. Strategien skal stå ferdig våren 2013 og utjamning av sosiale helseskilnader vil stå sentralt. Tverrdepartemental folkehelsestrategi skal fremme helse til befolkninga som eit sektorovergripande mål, sidan grunnlaget for god folkehelse først og fremst blir skapt utanfor helsesektoren.

Regjeringa er i gang med arbeid med å fastsette indikatorar og måltal for helseåtfærd. Det skal arbeidast med å fastsette indikatorar og måltal for faktorar som har innverknad på helse og helseåtfærd på fleire områder som inkluderer sosiale skilnader i helse.

Føringane for ernæringsarbeidet er lagde i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) som vert evaluert i 2012. Det vert lagt vekt på å redusere sosiale skilnader i kostholdet. Strategiar på kosthaldsområdet vert vidareført gjennom Nasjonal helse- og omsorgsplan og i den tverrsektorielle folkehelsestrategien som vert lagt fram i 2013.

I 2007 vart avgifta på alkoholfrie drikkevarer lagt om slik at avgiftsplikta omfattar drikkevarer som er tilsett sukker eller søtstoff. Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet har vidareført arbeidet, se omtale under kap 711.

Merkeordninga, Nøkkellolet, for sunn mat vart innført gjennom forskrift i 2009 basert på felles nordiske kriterium. Undersøkingar viser at Nøkkellolet er det merket som er best kjent og mest nytta i daglegvarehandelen. I januar 2012

har 98 pst. høyrte om merket, 60 pst. har tillit til det og veit at styresmaktene står bak. Halvparten seier merket gir hjelp til å velje sunnare mat. Sidan merkeordninga vart innført har talet på ferdigpakka produkt med nøkkellolet i daglegvarehandelen auka frå om lag 400 til om lag 1500. Det er sett i gang arbeid med å kartlegge om utviding av nøkkelloletsmerkinga til kiosk-, bensinstasjons- og serveringsmarknaden er rett veg å gå for å betre tilbod og tilgang på sunnare alternativ. Helsestyresmaktene lanserte i 2011 nye kostråd som ledd i arbeidet med å nå ut med kosthaldsinformasjon til heile befolkninga. Informasjonsarbeidet om kostråda vert samordna med informasjon om nøkkellolet og retter seg mellom anna mot minoritetsgrupper.

Sidan 2007 har matvarebransjen hatt frivillige retningslinjer for marknadsføring retta mot barn og unge. Dei er evaluert og det er avdekket svakheter. I 2010 vedtok Verdas helseorganisasjon anbefalingar for å redusere marknadsføring retta mot barn og unge. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2012 sendt til høyring utkast til forskrift om marknadsføring retta mot barn og unge av næringsmiddel. Utkastet tek sikte på å forby marknadsføring retta mot barn og unge av energitette, salte og næringsfattige mat- og drikkevarer. Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har satt i gang et arbeid med å utrede behovet for å innføre lov- eller forskriftsregulering av marknadsføring av mat og drikkevarer retta mot barn og unge.

Gratis utdeling av vitamin D-dropar til spedbarn med ikkje-vestleg innvandrarbakgrunn er eit verkemiddel for å førebygge rakitt. Tilbodet er landsomfattande. Det vert i tillegg delt ut brosjyre på seks språk som ein og kan laste ned frå internett. Det er sett i gang arbeid med ein tiltaksplan for å redusere saltinntaket i befolkninga.

Det er lange tradisjonar for å ta i bruk avgifter og tiltak for å redusere tilgang også i tobakks- og alkoholpolitikken. Det er i 2009 fastsett ei forskrift om innføring av biletåvningar på tobakkspakane. Denne påbyr biletåvningar på sigarettpakane frå juli 2011 og på andre tobakksprodukt frå januar 2012. Merking med åtvaring treff alle i målgruppa, og store åtvaringar med bilete fungerer uavhengig av språk og leseevne. Frå 2010 vart det forbod med synleg oppstilling av tobakksvarer på salgsstadane. Evaluering av tiltaket etter eit år pekar på en markant nedgong i salet av sigarettar som kan ha samanheng med innføringa av forbodet. Ein ny fem års strategi for førebygging av tobakksbruk kjem hausten 2012 der m.a. omsynet til sosiale skilnader i tobakksbruk vert omhandla.

Aldersgrense for kjøp av alkohol, vinmonopol, alkoholavgifter og avgrensing i talet på utsals- og skjenkestader og i utsals- og skjenketider er alle verksame tiltak for å minke totalforbruket av alkohol. Prispolitikk og avgifter er blant dei best dokumenterte verkemidla for å redusere alkoholkonsum og alkoholrelaterede skadar. Som prisverkemiddel har alkoholavgiftene størst effekt på forbruket i grupper med dårlig økonomi. Å oppretthalde ein restriktive alkoholpolitikk med eit høgt nivå på avgiftene medverkar til å minke skadane i desse gruppene. Den vil og i sterkare grad treffe dei som brukar ei stor del av inntekta på alkohol.

Tidleg intervensjon i tilhøvet til risikoutsette barn, unge og vaksne er òg eit verksamt tiltak for å minke omfanget av skadar som kjem av alkohol og illegale rusmiddel. Nokon grupper i befolkninga er særleg utsette for å utvikle problem med rusmiddel. Dette gjeld særleg barn av foreldre med psykiske lidingar, barn av foreldre med rusproblem og barn og ungdom som sjølv har psykiske lidingar. Det er grunn til å tru at disse risikofaktorane varierer med sosioøkonomisk bakgrunn. Rusmiddelavhengige er overrepresentert i grupper med kort utdanning og låg inntekt. Rusmiddelproblem fører i mange tilfelle til tap av arbeid og sosiale problem, noko som bidrar til å forsterke rusmiddelproblema og forverre fattigdom og sosial ekskludering. Førebygging av rusmiddelproblem og tidlig identifisering og intervensjon har vært viktige satsingsområde i opptrappingsplanen for rusfeltet. Den nasjonale satsinga på tidlig intervensjon på rusområdet skal vidareførast, jf. Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk.

Frisklivssentraler er eit kommunalt tilbod for dei som treng å endre levevanar knytte til m.a. fysisk aktivitet, kosthald og tobakk. Det er oppretta om lag 145 frisklivssentraler. Nokre av disse er organiserte som interkommunalt samarbeid. Det vert lagt vekt på tiltak som kan utjamne sosiale helseskilnader. I mange kommunar vert det lagt til rette for samarbeid mellom frisklivstilbodet, Nav, spesialisthelseteneste, attføring, frivillige organisasjonar og lågterskeltilbod i regi av andre lokale aktørar. Utviklingsområder for frisklivssentralane er mestring av psykiske problem og alkohol. Ein viser til nærmare omtale av tilbod for å fremje sunne levevanar under kap. 719, post 60 og kap. 762.

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

Sjølv om helsetenesta skal være til for alle, er det likevel mykje som tydar på at det er sosiale skilnader i tilbodet til pasientane. 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 primærhelsetenester og i bruk av spesialisthelsetenester for enkelte aldersgrupper. Tilgjengeleg kunnskap tyder på 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. Den sosiale gradienten er sterkare blant menn enn blant kvinner. Det er krevjande å få et godt bilde av sosiale mønster i helsetenestebruk fordi den faktiske bruken må vurderast opp mot behovet. Dersom det er store skilnader i sjukdom mellom grupper, kan det som ser ut til å være lik bruk av tenester skjule store skilnader.

Verkemiddel

Med utgangspunkt i Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) 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 nasjonale kvalitetsindikatorar som kan seie noko om tilgangen til helsetenester og ulikskapar på tvers av faktorar som m.a. fagfelt, kjønn, alder og geografiske område. Det skal leggst vekt på å inkludere indikatorar på sosiale skilnader i tilgjengelegheit, bruk og resultat av helsetenester. Informasjonen skal brukast i kvalitetsforbetringsarbeid, til politisk styring, verksemdstyring, og til forskning. Det er utarbeida forslag til rammeverk for eit nasjonalt systemet for kvalitetsindikatorar, med anbefalin-

gar om korleis det skal utviklas vidare. Helsedirektoratet har ansvar for å drifte og vidareutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Data i Norsk pasientregister kombinert med kopling mot sosioøkonomiske register gjer det mogleg å studere utbreiing av sjukdom og forbruk av helsetenester 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. Pasientregisteret er berre eit av fleire register som kan brukast til å analysere sosiale skilnader i helsetenester. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020 er eit prosjekt som m.a. kan betre tilgang på data om sosiale skilnader og helsetenester.

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. Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med å vurdere endringar i lov om tannhelsetenesta. Arbeidet skal m.a. sjå på dei vilkår som gir rett til oppsøkjande, jamleg tilbod om tannhelsetenester frå fylkeskommunen. Ut ifrå eit prinsipp om at dei som treng det mest, skal ha eit slikt tilbod, vil ein søkje å utjamne sosiale skilnader i tannhelse. Departementet er også i gang med å utgreie ulike ordningar for finansiering og takordningar for kostandar knytt til tannbehandling. Dei vil og ta omsyn til sosiale skilnader i tannhelse.

I Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse og omsorgsplan vert det peikt på at det psykiske helsevernet (spesialisthelsetenesten) for barn og unge skal gjennomgåas av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseføretaka. Tilgjengelegheit til helsetenester vil også kunne variere mellom og innanfor etniske grupper. Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse driv formidling, forskings- og utviklingsarbeid om somatisk og psykisk helse og omsorg for menneske med minoritetsbakgrunn. Nakmi mottar stønad over statsbudsjettet frå Helse- og omsorgsdepartementet. Fastlegeordninga er ei teneste som generelt fungerer godt, og som har stor oppslutning i befolkninga. Mange innvandrarakar brukar legevaktene meir enn etnisk norske. Helse Sør-Øst RHF deltar i eit prosjekt saman med enkelte bydelar i Oslo og Akershus for å avdekkje årsaka. I 2013 skal det lagast ein nasjonal strategi for innvandrarhelse som også omhandlar sosiale helseskilnader.

Sosial inkludering

Mål

Målet for sosiale inkludering i stortingsmeldinga 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 bustadlaus, (4) betra tilgang til og styrking av helse- og omsorgstenester for utsette grupper, og (5) reduserte levekårsskilnader mellom geografiske område. For rapportering på mål for inkludering av innvandrarbefolkninga visast det til proposisjonen til Barne- likestilling og inkluderingsdepartementet.

Utvikling

Det finst per i dag inga god oversikt over kor stor del av vaksnebefolkninga som manglar kompetanse på grunnskulenivå eller tilsvarende grunnleggjande ferdigheiter eller 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 samanheng med vidareutvikling av Nasjonalt kvalitetsvurderingssystem. Det er eit stort omfang av lese og skrivevanskar blant innsette i norske fengsel, og berre ein av ti innsette under 25 år har fullført vidaregåande opplæring.

Ei kartlegging frå 2008 viste at rundt 6100 personar var utan egen bustad. To pst. av disse var såkalla uteliggjarar. I følge kartlegginga har rundt 60 pst. av disse personane eit rusproblem og 33 pst. hadde psykiske lidningar. 23 pst. hadde både problem med rusmiddelmissbruk og psykiske lidningar. Ei ny kartlegging vil etter planen bli utført i uke 48 i 2012. I NIBR-rapport 2011:13 På ubestemt tid, kjem det fram at dei fleste kommunane har personar som oppheld seg i mellombelse butilbod over lengre tid. Halvparten av kommunane har hatt personar med kjent eller synleg psykisk lidning buande i mellombelse butilbod.

Talet på kommunalt disponerte bustader har hatt ei svak auke frå 2010 til 2011. I 2011 ble det registrert totalt 101 670 kommunalt disponerte bustader. Dette er ei auke på om lag 800 bustader frå 2010.

I 2011 fikk om lag 10 800 husstandar startlån mot 9500 året før. Vidare fekk i gjennomsnitt 123 700 personar bustøtte i 2011 mot 120 600 i 2010. Stadig fleire nye mottakarakar kjem inn i bostøtteordninga, og eksisterande mottakarakar har fått auka ytingar. Tilskot til etablering til enkeltpersonar er strengt behovsprøvd, og tilskotet blir

ofte gjeve i kombinasjon med startlån og bustøtte. I 2010 vart det gjeve om lag 1500 tilskot, mens i 2011 var talet 1400. Husbanken gjev også tilskot til etablering av kommunalt disponerte bustader for vanskelegstilte. I 2011 var tilskotet styrkt for å prioritere flyktingar, særleg einslege mindreårige.

Verkemiddel

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. Program for basiskompetanse i arbeidslivet (BKA) skal bidra til å styrke ferdigheitene til vaksne i det å lese, skive og rekne, og i informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Føremålet med introduksjonsprogrammet er å styrke moglegheitene nykomne 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. Ny sjanse rettast i 2011 mot innvandrarakar frå landgrupper med låg sysselsetjing og høg arbeidsløyse, innvandrarkvinner som er heime med barn og som ikkje får sosialhjelp, arbeidslaus innvandrarakar mellom 18 og 25 år som er avhengige av sosialhjelp og langtidsledige innvandrarakar som får sosialhjelp. Ungdom er ei høgt prioritert gruppe for Nav. Kompetanse 16–24 er eit tiltak som har til føremål å fange opp ungdom som fell ut av vidaregåande skule.

Utdanning er blant dei mest effektive tiltaka for å førebygge tilbakefall til kriminalitet. Undervisningstilbodet i fengsla er difor vorte mykje styrkt dei siste åra. Innsette 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 samordna 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. I dei fleste fengsel har helsetenesta sett i verk legemiddelassistert rehabilitering. Det er etablert samarbeid mellom Navkontor og ei rekke fengsel, blant anna via prosjektet til Arbeids- og velferdsdirektoratet, Fra fengsel

til Kvalifiseringsprogram. Rusmestringsenhetene er etablert i 13 fengsler. Formålet med disse enhetene er å gi et tverrfaglig tilbud om rehabilitering og behandling som kan gjøre innsatte bedre i stand til å mestre sitt rusproblem og egen livssituasjon

Samtidig legg ein opp til auka bruk av overføring til straffegjennomføring utanfor fengsel etter straffegjennomføringslova § 12 (behandlings- eller omsorgsinstitusjon). Promilleprogrammet vart i 2008 omgjort til Program mot ruspåvirket kjøring og utvida til å omfatte andre rusmiddel enn alkohol. Den treårige prøveordninga med straffereaksjonen Narkotikaprogram med domstolskontroll vert ført vidare til 2014.

Gjennom å støtte opp om kommunane og samarbeidspartnarane deira, skal Husbanken medverke til å førebygge at nokon kjem i ein situasjon utan fast bustad. Fleire treng også hjelp til å få ein varig busituasjon. Unge og barnefamiliar er særleg sårbare grupper, og dei utgjer difor viktige målgrupper for arbeidet.

Det er kommunane som i all hovudsak skal hjelpe vanskelegstilte på bustadmarknaden. I tillegg til å støtte kommunane med kompetanse og erfaringsutveksling, tilbyr staten gjennom Husbanken ei rekkje økonomiske verkemiddel. Husbanken har ei eiga satsing mot kommunar som har særleg store utfordringar. Husbanken inngår langsiktige og forpliktande avtalar med kommunar som sjølv tar eigarskapet til både utfordringane og løysingane. Hittil har Husbanken inngått slike avtalar med 51 kommunar og 4 bydelar i Oslo kommune.

Personar med behov for langvarig og koordinerte tenester og individuell plan er sentral i oppfølginga av samhandlingsreforma. I Lov av 24. juni 2011, nr. 30, om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstenesteloven) er det klart at kommunane har ansvar for at alle pasient- og brukargrupper får tilbod om nødvendig helse- og omsorgstenester. Ansvar for personar med somatisk eller psykisk sjukdom, -skade eller lidingar, rusmiddelproblem, sosiale problem eller personar med nedsett funksjonsevne. Etter lova er det kommunen som har ansvaret for å setje i gang arbeidet med individuelle plan og tilby koordinator. For å styrke kvaliteten i tenestene skal det lagast rettleiarar og retningslinjer for heile rusfeltet fram mot 2015. I 2011 har Helsedirektoratet utgitt to rettleiarar, retningslinjer for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering og barna deira, og retningslinjer for opioid-avhengige. I 2012 vart det gitt eit tilskot til kommunalt rusarbeid til om

lag 300 kommunar og til frivillige organisasjonar. Mange aktivitets- og arbeidstiltak får støtte gjennom denne ordninga.

Det vert i 2012 gitt tilskot til 14 ACT-team (Assertive Community Treatment, aktivt oppsøkende behandling) og 58 samarbeidsprosjekt rundt om i landet. Tiltaka er retta mot menneske med alvorlege psykiske lidningar med langvarige og samansette behov for samtidige tenester frå både spesialist- og primærhelsetenesta. Behandlinga vert gitt der pasienten eller brukaren oppheld seg. Satsinga på ACT-team er under evaluering.

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 samanheng mellom bustad og sosiale forhold. Områdesatsingar i Groruddalen og Oslo Sør omfattar tiltak for å betre oppvekstvilkåra for barn og unge, og har gjort det mogleg å prøve nye tiltak for å møte spesielle helseutfordringar i innvandrarbefolkninga.

Rapportering

Utviklinga på innsatsområda i stortingsmeldinga vert følgd opp 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 tredje rapporten kom våren 2012.

Sektorovergripande verktøy

Mål

Det er eit mål at omsynet til helse og til utjamning av sosiale skilnader i helse i større grad skal verte handsama i alle samfunnssektorar.

Verkemiddel

Samhandlingsreforma og Lov av 24. juni 2011 nr. 29, Lov om folkehelsearbeid, legg opp til betre politisk forankring av ansvaret kommunane har for folkehelsearbeidet. Lova sett krav til at kom-

munane skal identifisere eigne folkehelseutfordringar, fastsette mål og strategiar og sette i verk nødvendige tiltak. Formålet med folkehelselova er å bidra til ei samfunnsutvikling som frem folkehelse og utjamnar sosiale helseskilnader. Kommunen og fylkeskommunen skal bidra til betre folkehelse og utjamning av sosiale helseskilnader m.a. gjennom lokal og regional utvikling og planlegging, forvaltning og tenesteyting. Forskrift om oversikt over folkehelsen med verknad frå 1. juli 2012 er heimla i folkehelseloven og gir ramma for ansvaret som omtala over.

Regjeringa vil bidra til å bygge opp nødvendig kompetanse og kapasitet i kommunane slik at dei blir betre i stand til å møte helseutfordringane. HelseDirektoratet skal tilby kommunane tiltak for å heve kompetansen. For å få oversikt over helsestilstand og påverkningsfaktorar, har Nasjonalt folkehelseinstitutt i 2012 etablert folkehelseprofilar for alle kommunar og fylker og bygget ut helsestatistikken (www.fhi.no/kommunehelsa). Her inngår mål på sosiale helseskilnader.

Fylkeskommunen har ansvar for ei rekke oppgåver innanfor utdanning, samferdsel og samfunnsplanlegging som kan vere med på å fremme helse i befolkninga og bidra til å redusere sosiale helseskilnader. Regjeringa vil i 2012 legge fram ein nasjonal tverrdepartemental folkehelsestrategi for å sikre systematisk og langsiktig arbeid på tvers av sektorar.

Kunnskapsutvikling

Forskning på sosiale skilnader i helse vil bli prioritert i neste programperiode i Folkehelseprogrammet i Noregs forskingsråd. Folkehelseprogrammet skal særskild konsentrere seg om helseåtfærd, livsløp og forbygging knytt til psykisk helse. Aktuelle deltema under helseåtfærd er fysisk aktivitet, kosthald, tobakk og ulykker, ein vil sjå på problemstillingar knytt til f.eks. oppvekst, utdanning, arbeid og inntekt. Program for helse- og omsorgstenester i Noregs forskingsråd skal stimulere til utvikling av ny kunnskap om helse- og omsorgstenesta. Forskningsrådet skal legge vekt på prosjekt som inkluderer problemstillingar knytte til sosial ulikskap i tilgjengelegheit, bruk og resultat av helse- og omsorgstenesta.

Program for forskning om årsaker til sjukefråvær, uførleik og utstøyting (2007–2016) i regi av Noregs forskingsråd skal medverke til betre kunnskap om årsakene til sjukefråvær, uførleik og utstøyting frå arbeidslivet. Så langt er erfaringane at arbeidshelse, arbeidsmiljøforskning og forskning som går på tvers av disiplinær, har fått for liten

merksemd innanfor ramma av programmet. Hausten 2010 drøfta Arbeidsdepartementet, Forskingsrådet og sentrale partar i arbeidslivet ein revidert profil. Programmet skal i det vidare ha forskning om arbeidshelse og arbeidsmiljø som sjølvstendige tema, dvs ikkje bare relatert til sjukefråvær og uførleik. Sjukefråværsprogrammet skal legge meir vekt på forhold som påverkar helse, sjukdom og fråvær i arbeidslivet, men også på kva for faktorar og mekanismar som medverkar til godt arbeidsmiljø. I denne samanhengen er det behov for tiltaksforskning. Vidare skal det takast initiativ til ein gjennomgang av status for den eksisterande arbeidshelseforskninga og det

skal vurderast om kapasiteten og kompetansen her er god nok.

Ved Nasjonalt folkehelseinstitutt er forskning og helseovervaking ein vesentleg del av verksamda. Instituttet er i gang med å lage eit system for å overvake sosiale helseskilnader.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å nedsette eit forskarpanel som skal gjere ein gjennomgang av faktorar som påverkar sosiale skilnader i helse på tvers av sektorar. Formålet er å vidareutvikle og konkretisere oppfølginga av St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Dei skal levere sin rapport hausten 2013.

6 Administrative fellesomtaler

6.1 Sektorovergripande miljøvernpolitikk

Helse- og omsorgsdepartementet si målsetting 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 inneklima-sjukdommar, og forbetre miljø og helse for barn. Lov om folkehelsearbeid tredde i kraft 1. januar 2012. Lova skal m.a. bidra til betre prioritering og systematisk arbeid innan folkehelse, under dette miljøretta helsevern.

Regjeringa har i sin eigarskapspolitikk uttrykt klare forventningar til at statleg eigde verksemdar skal være leiande i arbeidet med samfunnsansvar. Kravet til samfunnsansvar følgjer også av Staten sine prinsipp for godt eigarskap. Det å vise samfunnsansvar inneber å forholde seg opent til alle som har legitime interesser til verksemda, og å drive verksemda slik at den gir eit positivt bidrag til samfunnet. I eigarskapspolitikken er det formulert forventningar om samfunnsansvar for fire hovudområder: menneskerettigheit, arbeidstakarrettigheit, arbeid mot korrupsjon, samt miljø og klima. Dei regionale helseføretaka og helseføretaka sitt samfunnsansvar inneber eit ansvar for korleis verksemda verkar inn på desse områda, både ved kjøp av tenester eller som direkte effektar av eige verksemd.

Dei regionale helseføretaka har i 2011 vidareført det nasjonale miljø- og klimaprojektet for ein ny fireårsperiode under leing av Helse Vest RHF. Det er utarbeidd ein gjennomføringsplan med sikte på ISO 14001-sertifisering av alle helseføretaka i landet innan utgangen av 2014. Projektet har i 2011 gjennomført ein piloteringsfase med fem utvalde helseføretak og eit regionalt helseføretak som pilotar. Hensikta med pilotfasen har vore å nyttiggjere seg erfaringar før alle andre helseføretak etablerer sine prosjekt for innføring av miljøleing.

Det er i regi av det nasjonale miljø- og klimaprojektet etablert ei nasjonal kompetanseining

for arbeidet i Helse Bergen HF. Kompetanseininga fungerer som sekretariat for projektet. Hovudfokus i 2011 har vore oppfølging av pilotføretaka samt utarbeiding og gjennomføring av ulike typar kurs og rettleingsmateriell. Den 1. desember 2011 blei det arrangert ein felles oppstartskonferanse for arbeidet med miljøleing der alle landets helseføretak deltok.

Dei regionale helseføretaka har i 2011 vidareført sitt samarbeid knytt til miljøkrav i offentlege anskaffingar. Dei har mellom anna førebudd for etablering av ei nasjonal kompetanseininga for innkjøp som vil få eit særleg ansvar for å bidra til at innkjøp i spesialisthelsetenesta skjer med krav knytt til miljø og etiske leverandørkjeder. Eininga er planlagt lagt til helseføretakas innkjøpsservice AS (Hinas). Alle dei regionale helseføretaka blei i 2011 medlem i organisasjonen Initiativ for etisk handel.

Miljøverndepartementet har det konstitusjonelle ansvaret for radioaktiv forureining og anna stråling i det ytre miljøet. Statens strålevern ivaretek oppgåver for Miljøverndepartementet, og forvaltar som ledd i dette dei delane av stråle- og miljøvernlovgivinga som regulerer fagområdet. Strålevernet har òg ansvar for fagleg utgreiingsverksemd og tilsyn med radioaktiv forureining og for å koordinere nasjonal overvaking av radioaktiv forureining i det ytre miljø. Dette blir gjennomført i samarbeid med andre relevante institusjonar og fagmiljø.

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 folkehelselova og forskrift om miljøretta helsevern 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, m.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innverknad på helsa. skal følgjast opp. Som eit ledd i oppfølginga av Nasjonal strategi for barns miljø og

helse, Barnas framtid (2006–2016), har Statistisk sentralbyrå, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, laga ein rapport om barns sitt miljø og helse.

6.2 Oppfølging av likestillingslova sitt krav om å gjere greie for likestilling

Med Samhandlingsreforma og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) legg regjeringa den politiske kursen for helse- og omsorgstenestene og folkehelsearbeidet dei neste åra. Regjeringa sitt utgangspunkt er at det er eit offentleg ansvar å fremje helse og førebyggje sjukdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstenester til heile befolkninga. Alle skal ha eit likeverdig tilbod om helsetenester uavhengig av diagnose, økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn.

Departementet sitt mål for ei likestilt helseteneste er konsentrert om to aksar. Den eine er å inkludere kjønnsperspektivet i all verksemd der dette er relevant. Den andre er å rette særskilt merksemd mot lidingar som kvinner eller menn har, eller sjukdomar 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 kjønnsperspektiv. Særskilde utfordringar knytt til kvinner si eller menn si helse skal bli møtt med tilstrekkeleg kunnskap og ressursar.

Levealderen i Noreg er blant dei høgaste i verda og er aukande. Dette heng blant anna saman med redusert dødelegheit av hjerte- og karsjukdomar gjennom mange år. Låg spedbarnsdødelegheit medverkar også til ei positiv utvikling av dødelegheita.

Regjeringa ønskjer å leggje til rette for ei god helse for alle og har som mål fleire leveår med god helse i befolkninga. Dette vil også medverke til at levealderen for menn blir meir lik levealderen for kvinner. Strategiplan for kvinners helse 2003–2013 som vart 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. Strategien har utløyst faglig engasjement, initiert forskning og endringar i klinisk praksis. Det er utarbeidd strategiar og handlingsplanar for områder som kreft, diabetes, førebygging av uønskte svangerskap, opptrappingsplan for psykisk helse og faglege retningslinjer for

førebygging og behandling av beinskjørleik. Helsedirektoratet skal gjennomgå strategien i 2012 og utarbeide forslag til nye tiltak innanfor kjønn og helse. Av dei totale midlane til klinisk forskning, som er fordelt på RHFa i 2011, rapporterer føretaka at 22,4 mill. kroner er brukt spesifikt til 56 kvinnehelseprosjekt i 2011.

I 2006 etablerte Helse- og omsorgsdepartementet eit nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse knytt til Oslo universitetssjukehus HF, Rikshospitalet. Kompetansesenteret har særskilde oppgåver innanfor forskning, kompetanseoppbygging, rådgjeving og formidling av kunnskap om kvinnehelse. Senteret har i dag ein stor forskningsaktivitet og noko verksemd retta mot eksterne. Frå 2012 er det oppretta seks nye nasjonale behandlingstenester og kompetansetenester i spesialisthelsetenesten med fokus på kvinnehelse.

Delen menn som arbeider i omsorgstenestene har auka svakt i perioden 2007 til 2011, frå 10,2 til 11,4 pst. Nivået har vore stabilt dei siste ti åra og det er lite som tyder på at dette endrar seg utan at det skjer grunnleggjande endringar i utdannings- og arbeidsmarknaden. Dersom ein ser bort frå legane er delen menn høgst blant miljøterapeutar, sosionomar, fysioterapeutar og vernepleiarar. Også blant personell utan formell utdanning er delen relativt høg. Blant dei nye helsefagarbeidarane som er rekruttert inn i 2010 og 2011 er mannsdelen vesentleg høgare enn for hjelpepleiarane og omsorgsarbeidarane. Det er sidan 2010 blitt gitt økonomisk støtte til Trondheim kommunes prosjektet Menn i helse gjennom Kompetanseløftet 2015. Prosjektet skal utvikle Trondheim kommune til ein føregangskommune i arbeidet med å rekruttere fleire menn til omsorgstenesta, og vurderast å ha overføringsverdi til andre kommunar.

Departementet sitt krav i føretaksprotokollen til dei fire regionale helseføretaka januar 2011 blei vidareført i 2012. Eit av krava er at helseføretaka som hovudregel skal nytte faste heile stillingar. Det er forventa at ein skal avgrense bruken av mellombels stillingar og vikariat til eit nødvendig minimum, og at ein framleis skal arbeide for å redusere deltid med minst 20 pst. Det er ein ønska målsetting å auka talet på heile stillingar, mellom anna som eit tiltak for å styrke pasienttryggleiken og kvaliteten i pasientbehandlninga. Helseføretaka vil i samarbeid med leiarar og tillitsvalde legge til rette for, og motivere for at det skal bli mogleg for medarbeidarar som ønskjer høgare stillingsprosent, og få til dette. Det inneber at alle partar må utnytte det handlingsrommet som er i god oppgåvedeling og god arbeidsplanlegging. Dette er eit

langsiktig arbeid som vil medverke til å auke kvinner sin generelle stillingsprosent i helseføretaka, eit viktig likestillingsperspektiv.

Arbeidet med å auke stillingsprosenten og redusere deltid er eit langsiktig tiltak kor mange ulike virkemidlar må tas i bruk. Dette er ein kulturendring som vil ta tid. Dei regionale helseføretaka har etablert tiltak for å kartlegge kva den enkelte medarbeidar i deltidsstilling ønskjer av framtidig stillingsprosent på kort og lang sikt, og kva som er årsaka til at dei er i deltidsstilling. Dette har gitt eit kunnskapsgrunnlag som har medverka til å etablere tiltak som verkar, på kort og lang sikt. Det er ikkje eit tiltak som kan endre dagens situasjon, men ei rekkje ulike tiltak. Dette arbeidet skjer ved alle landets helseføretak.

Almlidutvalget (NOU 2010: 13, Arbeid for helse) viste til at det er om lag 60 pst. høgare sjukefråvær blant kvinner enn blant menn i helse- og omsorgssektoren. Utvalet viste også til at det er behov for å auke kunnskapsgrunnlaget om årsakssamanhengene. Helse- og omsorgsdepartementet vil ta initiativ til å følgje opp dette. Departementet arbeider med en langsiktig plan både med omsyn til kunnskapsinnhenting og med tanke på tiltak som har hatt positiv effekt for å redusere sjukefråvær og utstøying i sektoren.

Arbeidet med å redusere og førebygge sjukefråvær og utstøying er sentralt også med tanke på auka likestilling mellom kjønna. I den vidare prosessen vil departementet være opptatt av tiltak kor man arbeider for å finne gode løsnings, ikkje minst med tanke på å auke kvinners nærvarsopplevelse. I hovudsak vil arbeidet i denne fasen bestå i kartlegging av allereie eksisterande tiltak og løsnings med gode resultat gjennom kunnskapsinnhenting og erfaringsutveksling på tvers i helse- og omsorgssektoren.

Likestillingsrapport

Av tilsette i Helse- og omsorgsdepartementet i 2011, var 64,7 pst. kvinner. Den største gruppa stillingar i organisasjonen er seniorrådgjevarar med 63,6 pst. kvinner og 36,4 pst. menn. Tala inneheld ikkje tilsette i utlandet eller dei med permisjon utan løn.

Tabell 6.1 Stillingar, Helse- og omsorgsdepartementet 2011 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	3/5
Avd.direktør mv.	14/10
Fagdirektør	8/8
Underdirektør	16/3
Prosjektleder	0/1
Spesialrådgjevar	4/3
Seniorrådgjevar	56/32
Rådgjevar	21/12
Seniorkonsulent	7/0
Førstekonsulent	7/4
Totalt	136/78

Oversikta viser at det i Helse- og omsorgsdepartementet er 53,1 pst. kvinnelege leiarar når alle leiarstillingar er medrekna. Ser ein øvste leiarnivå åleine, som omfattar departementsråd og ekspedisjonssjefar, var kvinnedelen i 2011 på 37,5 pst. mot 33,3 pst. i fjor.

Tabell 6.2 Tilhøve løn, Helse- og omsorgsdepartementet 2011 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Dep.råd/eksp.sjef	1190/1150
Avd.direktør mv.	810/710
Fagdirektør	580/720
Prosjektleder	- /760
Underdirektør	600/630
Spesialrådgjevar	810/950
Seniorrådgjevar	540/550
Rådgjevar	440/440
Seniorkonsulent	440/-
Førstekonsulent	400/410
Totalt	570/620

Skilnaden i gjennomsnittleg årsløn mellom kjønna var i 2011 på 50 000 kroner. Dette er det same som i 2010.

Tabell 6.3 Arbeidstid, Helse- og omsorgsdepartementet 2011 (kvinner/menn)

Heiltid	121/73
Deltid	15/5
Totalt	136/78
Mellombels /vikariat	14/5

Tabell 6.4 Fråvær grunna sjukdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	5,8 %
Menn	2,5 %
Totalt	4,6 %

Helse- og omsorgsdepartementet hadde eit gjennomsnittleg fråvær grunna sjukdom i 2011 på 4,6 pst., som er ein liten auke frå føregåande år. Helse- og omsorgsdepartementet vil som før legge vekt på likestilling i noverande og framtidige planlagde aktivitetar.

I 2011 var det 67 pst. kvinner i heile Helsedirektoratet. Det er eitt prosentpoeng ned frå 2010. Blant seniorrådgjevarar, spesielt for dei over 60 år, spesialstillingar/prosjektleiingar og avdelingsdirektørar, er kvinner framleis løna lågare enn menn. I motsetning til tidligare periode har differansen ikkje økt frå 2010 til 2011. Delen kvinner i dei lågare lønnsgruppene (saksbehandlarar og kontorstillingar) sank noe, mens den auka i gruppane over rådgjevarnivå. I gruppa divisjonsdirektørar er det ein kvinnetal på 50 pst.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har om lag 950 tilsette inkl. dei eksternt finansierte. Omtalen omfattar alle desse. FHI er medvetne om at dei skal ha same løns- og personalpolitikk overfor alle tilsette. 70 pst. av dei tilsette er kvinner. I leiarstillingar er kvinnetal no 51 pst., ei lita auke frå førre år. Instituttet har no ein kvinnetal på 56 pst. i senior fagstillingar (forskar 1110 og 1183, overlegar og seniorrådgjevar), som er ei auke. Instituttet kan ikkje sjå nokon lønsskilnader mellom kvinner og menn som kan forklarast med kjønn. Den største utfordringa for jamnstilling er å auke delen kvinner blant seniorforskarane, slik at det over tid samsvarer med den høge delen kvinner blant stipendiatar og postdoktorar (72 pst.). Blant anna vil instituttet sikre seg at kvinner og menn får like moglegheiter for meritterande oppgåver.

Ved utløpet av 2011 var 67 pst. av de tilsette i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesten

kvinner. I leiargruppa var det fem kvinner og to menn, seksjonsleiargruppa hadde 8 kvinner og 8 menn.

Norsk pasientskadeerstatning har totalt ein kvinnetal på 69 pst. Kvinnetal i leiarstillingar er på 50 pst. Kvinnetal er noko lågare no enn i 2011. Det er ei klar overvekt av kvinnelege søkjarar til ledige stillingar i Norsk pasientskadeerstatning. For å auke talet på mannlege tilsette i stillingskategoriar der delen menn er låg, har verksemda tatt inn ei oppmoding i høve til mannlege kandidatar i stillingsannonsane. Norsk pasientskadeerstatning sitt styre har ein kvinnetal på 50 pst.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell hadde per 31. desember 2011 ein kvinnetal på 66 pst. Kvinnetal har gått ned frå 71,4 pst. i 2010. I gruppene seniorrådgjevarar, rådgjevarar og fyrstekonsulentar er kvinner i gjennomsnitt løna lavere enn menn, men i gruppene senior-konsulentar og konsulentar er kvinnene i gjennomsnitt løna litt høgare enn menn. Leiargruppa besto av 60 pst. menn og 40 pst. kvinner.

Statens helsetilsyn hadde desember 2011 ein kvinnetal på 67 pst. I stillingsgruppa leiar (avdelingsdirektør, underdirektør, fagsjef, arkivleiar, informasjonssjef) er 53 pst. kvinner. Dette ligg innafor Hovudavtalens mål om 40 pst. kvinner i leiarstillingar innafor definert leiarstillingsgruppe. Gjennom rekrutteringsverktøya til Statens helsetilsyn har søkjarar mulegheit til å vise om vedkommande har nedsett funksjonsevne eller framandkulturell bakgrunn. Søkjarar som visar til dette og innehar den bakgrunn som etterspørast i etatens kunngjeringar blir innkalla til intervju.

Statens institutt for rusmiddelforskning hadde ved utløpet av 2011 til saman 44 tilsette, 68 pst. kvinner. I leiinga var det fire kvinner og to menn. Det er små lønsskilnader mellom kvinner og menn. Sirius har fleire likestillingstiltak, mellom anna kjønnsnøytrale kriterium for lønsfastsetting. Kvinner skal ha same høve som menn til å ivareta leiarfunksjonar, og kvinner skal ha same høve til å arbeide med kvalifiserande arbeidsoppgåver. Slik fordelinga av kvinner og menn er ved instituttet, og slik arbeids- og lønnsvilkåra er fordelt, er det ikkje nødvendig å setje inn ytterligere tiltak.

Statens legemiddelverk har fleire kvinnelege tilsette enn menn, og legg vekt på å jamne ut dette. Kvinnelege tilsette utgjer 73 pst. av arbeidsstokken, medan toppleiargruppa har 67 pst. og mellomleiargruppa har 70 pst. kvinner. Etaten har gjennomført fleire tiltak for å få auka likestilling og forhindre diskriminering. Ein tydeleg livsfasepolitikk og utstrakt bruk av verkemiddel for å

unngå redusert arbeidstid eller ulønna permisjon er viktige tiltak. For å sikre god praksis og utvikling på dette området gjennomfører Legemiddelverket interne undersøkingar, der likestilling og mangfald er tema.

I Statens strålevern er det samla sett ein jamn kjønnsbalanse. I gjennomsnitt tener kvinner om lag 8 pst. mindre enn menn. Det er ingen vesentleg forskjell i løna for kvinner og menn i same stilling. Hovudårsaka til lønsskilnaden er færre kvinner i overordna stillingar. Det er ingen vesentleg forskjell på kvinner og menn når det gjeld mellomels tilsetjing, om lag 15 pst., eller uttak av foreldrepermisjon. Om lag 8 pst. av menn har deltidsstilling, for kvinnene er motsvarande del 14 pst. Sjukefråværet har i snitt vore 2–4 pst., om lag 1 pst. høgare for kvinner. Utfordringa med tanke på likestilling for Statens strålevern er særleg å rekruttere kvinner til dei overordna stillingane. Ein handlingsplan for likestillingsarbeidet inngår i Strålevernet sin løns- og personalpolitikk.

Årsrapportane for verksemdene under Helse- og omsorgsdepartementet inneheld nærare omtale av likestilling.

6.3 Omtale av tilsettingsvilkåra til leiarar i heileigde statlege verksemder

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har i rekneskapsperioden 2011 motteke løn på 2 122 161 kroner, mens andre ytingar summerer seg til 7470 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 243 223 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom administrerende direktør, i samråd med styret, vel å slutte i stillinga si, vil vedkommande få utbetalt 12 månaders etterløn frå dato for fråtreiding. Dersom administrerende direktør har anna inntekt i etterlønperioden, blir etterløn redusert tilsvarende. Det er ikkje gitt lån/sikkerheitsstilling til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF har i rekneskapsperioden 2011 motteke løn på 1 983 000 kroner, mens andre ytingar summerer seg til 15 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 502 000 kroner. I dette beløpet inngår kostnader knytt til pensjon utover kollektiv pensjonsordning. Det er ikkje inngått avtale om sluttvederlag eller liknande for administrerende direktør. Det er ikkje gitt lån/sikkerheitsstilling til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Midt-Noreg RHF har i rekneskapsperioden 2011 motteke løn på 1 631 000 kroner, mens andre ytingar summerer seg til 150 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 215 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør er i det heile knytt til kollektiv pensjonsordning i KLP. Ved avgang etter oppmoding frå styret har administrerende direktør krav på løn i oppseiingstida som er 6 månader. Ved fylte 60 år kan det inngåast ein avtale mellom administrerende direktør og styret om avgang frå stillinga som administrerende direktør. Ved fråtreiding etter dette vedtaket, skal det regionale helseføretaket arbeide for å tilby arbeidstakaren anna relevant stilling i foretaksgruppa. Løn og andre vilkår vil bli ført vidare ved fråtreiding.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har i rekneskapsperioden 2011 motteke løn på 1 665 000 kroner, mens andre ytingar summerer seg til 8000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 218 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. I tillegg til løn tener administrerende direktør opp halvannan månads studie- og oppdateringspermisjon for kvart heile år i funksjon som administrerende direktør. Dersom administrerende direktør må fråtre, eller sjølv vel å slutte i stillinga si, pliktar Helse Nord RHF å betale løn i 6 månader ut over vanleg oppseiingstid.

Administrerende direktør i Norsk Helsenett SF har i rekneskapsperioden 2011 motteke løn på 1 257 675 kroner, mens andre ytingar summerer seg til 18 143 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 91 278 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom styret oppmodar administrerende direktør om å si opp stillinga si, eller administrerende direktør i samråd med styrets leder/styre vel å si opp stillinga si utan at det ligg føre sakleg grunn til oppseiing eller avskjed, har administrerende direktør i tillegg til løn i oppseiingstida krav på sluttvederlag i 9 månader etter oppseiingstida sitt utløp. Dersom administrerende direktør i perioden for sluttvederlag, men etter utløpet av ordinær oppseiingstid, har anna inntekt, skal sluttvederlaget reduserast krone for krone. Det er ikkje gitt lån/sikkerheitsstilling til administrerende direktør.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet hadde per 31. desember 2011 ei årsløn på 1 999 913 kroner. I tillegg til løna har administrerende direktør faste godtgjersler på 179 000 kro-

ner i året. Vinmonopolet innførte i 2007 ei leiar-pensjonsordning som finansierast over drift. Total pensjonskostnad for administrerande direktør

i 2011 var 764 000 kroner. I samband med justering av løna i 2011 blei pensjonsalder for administrerande direktør auka frå 65 til 66 år.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2012–2013) om statsbudsjettet for år 2013 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et
framlagt forslag.

Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2012–2013) statsbudsjettet for budsjettåret 2013 opp følgende forslag til vedtak:

Kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3703–3751, 5572 og 5631

I

Utgifter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	186 088 000	186 088 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	35 171 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 419 000	38 590 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	54 863 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	14 781 000	69 644 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		294 322 000
Folkehelse			
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	01 Driftsutgifter	606 396 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	579 641 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	18 417 000	1 204 454 000
711	Ernæring og mattrygghet		
	01 Driftsutgifter	20 458 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	11 824 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	1 074 000	
	74 Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	18 984 000	52 340 000
712	Bioteknologinemnda		
	01 Driftsutgifter	8 720 000	8 720 000
715	Statens strålevern		

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	01	Driftsutgifter	77 130 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	44 264 000	121 394 000
716		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	01	Driftsutgifter	41 875 000	41 875 000
718		Rusmiddelforebygging		
	21	Spesielle driftsutgifter	96 498 000	
	63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	15 957 000	
	70	Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	105 271 000	217 726 000
719		Annet folkehelsearbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	78 107 000	
	60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	6 459 000	
	70	Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	16 998 000	
	73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	34 575 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	8 098 000	144 237 000
		Sum folkehelse		1 790 746 000
Helseforvaltning				
720		Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	986 676 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	168 311 000	
	22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	44 783 000	
	70	Refusjon helsehjelp i utlandet	24 000 000	1 223 770 000
721		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	91 686 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	12 390 000	104 076 000
722		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	147 477 000	
	70	Advokatutgifter	32 904 000	
	71	Særskilte tilskudd	76 916 000	257 297 000
723		Pasientskadenemnda		
	01	Driftsutgifter	48 043 000	48 043 000
724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	01	Driftsutgifter	37 159 000	37 159 000
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	165 147 000	165 147 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
726	Statens helsepersonellnemnd		
	01 Driftsutgifter	8 125 000	8 125 000
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda		
	01 Driftsutgifter	3 199 000	3 199 000
729	Pasient- og brukerombud		
	01 Driftsutgifter	58 831 000	58 831 000
	Sum helseforvaltning		1 905 647 000
Spesialisthelsetjenester			
732	Regionale helseforetak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	8 891 000	
	70 Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72, 73, 74 og 75</i>	372 058 000	
	72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	47 683 089 000	
	73 Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	16 738 286 000	
	74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	12 663 461 000	
	75 Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	11 225 820 000	
	76 Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	16 563 768 000	
	77 Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 134 246 000	
	78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	945 952 000	
	79 Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	530 975 000	
	82 Investeringslån, <i>kan overføres</i>	2 009 931 000	
	83 Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	83 000 000	
	91 Opptreksrenter for lån tom. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	1 500 000	111 960 977 000
733	Habilitering og rehabilitering		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	18 828 000	
	70 Behandlingsreiser til utlandet	86 936 000	
	72 Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	9 447 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	17 112 000	132 323 000
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01 Driftsutgifter Kontrollkommisjonene	39 135 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	15 798 000	
	70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 329 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	71 878 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	45 987 000	175 127 000
		Sum spesialisthelsetjenester		112 268 427 000
Legemidler				
750		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	227 716 000	227 716 000
751		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	12 320 000	
	70	Tilskudd	63 003 000	75 323 000
		Sum legemidler		303 039 000
Helse- og omsorgstjenester i kommunene				
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	128 045 000	
	60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	202 215 000	
	61	Vertskommuner	952 588 000	
	62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	254 800 000	
	66	Brukerstyrt personlig assistanse	87 129 000	
	67	Utviklingstiltak	111 087 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	31 245 000	
	72	Landsbystiftelsen	67 778 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	21 060 000	
	75	Andre kompetansetiltak	9 872 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	13 833 000	1 879 652 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	29 561 000	
	50	Samisk helse	6 036 000	
	60	Forebyggende helsetjenester	57 225 000	
	61	Fengselshelsetjeneste	130 858 000	
	62	Øyeblikkelig hjelp, <i>kan overføres, kan nyttes under kap. 732, post 70 og 76</i>	270 192 000	
	63	Allmennlegetjenester	123 144 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	44 657 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	6 254 000	
	73	Forebygging uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	26 675 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	74	Stiftelsen Amatheia	15 868 000	710 470 000
763		Rustiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 71</i>	61 199 000	
	61	Kommunalt rusarbeid, <i>kan overføres</i>	86 029 000	
	71	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	176 148 000	
	72	Kompetansesentra mv.	87 287 000	410 663 000
764		Psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	89 118 000	
	60	Psykisk helsearbeid, <i>kan overføres</i>	226 179 000	
	72	Utviklingstiltak, <i>kan overføres</i>	377 758 000	
	73	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	107 482 000	800 537 000
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	32 918 000	
	70	Utredningsvirksomhet mv., <i>kan nyttes under post 21</i>	3 511 000	36 429 000
		Sum helse- og omsorgstjenester i kommunene		3 837 751 000
Tannhelse				
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	19 674 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	143 808 000	163 482 000
		Sum tannhelse		163 482 000
Kunnskap og kompetanse				
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	302 518 000	302 518 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	63 828 000	
	70	Norsk Helsenett SF	79 727 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	64 675 000	208 230 000
782		Helseregistre		
	21	Spesielle driftsutgifter	17 029 000	
	70	Tilskudd	34 787 000	51 816 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	30 471 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	61	Turnustjeneste	129 138 000
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	28 912 000
		Sum kunnskap og kompetanse	751 085 000
Spesialisthelsetjenester mv.			
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.	
	70	Spesialisthjelp	1 619 000 000
	71	Psykologhjelp	220 500 000
	72	Tannlegehjelp	1 850 000 000
	76	Private laboratorier og røntgeninstitut	639 000 000
		Sum spesialisthelsetjenester mv.	4 328 500 000
Legehjelp, legemidler mv.			
2751		Legemidler mv.	
	70	Legemidler	8 481 000 000
	71	Legeerklæringer	5 000 000
	72	Medisinsk forbruksmateriell	1 724 000 000
2752		Refusjon av egenbetaling	
	70	Egenandelstak 1	4 149 000 000
	71	Egenandelstak 2	167 000 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.	
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	290 000 000
	70	Allmennlegehjelp	3 941 200 000
	71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 765 500 000
	72	Jordmorhjelp	50 000 000
	73	Kiropraktorbehandling	138 000 000
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	97 000 000
2756		Helsehjelp i utlandet	
	70	Helsehjelp i utlandet	10 000 000
		Sum legehjelp, legemidler mv.	20 817 700 000
Andre helsetiltak			
2790		Andre helsetiltak	
	70	Bidrag	230 000 000
		Sum andre helsetiltak	230 000 000
		Sum departementets utgifter	146 690 699 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	Diverse inntekter		
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	02 Diverse inntekter	192 030 000	
	03 Vaksinesalg	99 300 000	291 330 000
3711	Ernæring og mattrygghet		
	02 Diverse inntekter	407 000	407 000
3715	Statens strålevern		
	02 Diverse inntekter	41 061 000	
	04 Gebyrinntekter	4 334 000	
	05 Oppdragsinntekter	5 529 000	50 924 000
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning		
	02 Diverse inntekter	3 427 000	3 427 000
3718	Rusmiddelforebygging		
	04 Gebyrinntekter	1 652 000	1 652 000
3720	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	2 643 000	
	03 Refusjon helsehjelp i utlandet	24 000 000	
	04 Gebyrinntekter	3 131 000	29 774 000
3722	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	1 281 000	
	50 Premie fra private	17 900 000	19 181 000
3723	Pasientskadenemnda		
	50 Premie fra private	500 000	500 000
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	04 Gebyrinntekter	28 040 000	28 040 000
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	02 Diverse inntekter	136 000	136 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	447 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån fom. 2008	186 000 000	
	86 Driftskreditter	370 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån tom. 2007	689 000 000	1 692 000 000
3750	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	2 170 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	04	120 355 000	
	06	2 733 000	125 258 000
	Sum diverse inntekter		2 242 629 000
Skatter og avgifter			
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70	69 000 000	
	71	37 100 000	
	72	4 900 000	
	73	69 322 000	180 322 000
	Sum skatter og avgifter		180 322 000
Renter og utbytte			
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85	38 500 000	
	86	2 000	38 502 000
	Sum renter og utbytte		38 502 000
Sum departementets inntekter			2 461 453 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2013 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700, post 01	kap. 3700, post 02
kap. 703, postene 21 og 70	kap. 3703, post 03
kap. 710, post 01	kap. 3710, post 02
kap. 710, post 21	kap. 3710, post 02 og 03
kap. 711, post 01	kap. 3711, post 02
kap. 715, postene 01 og 21	kap. 3715, post 02, 04 og 05
kap. 716, post 01	kap. 3716, post 02
kap. 720, postene 01 og 21	kap. 3720, post 02 og 04
kap. 720, post 70	kap. 3720, post 03
kap. 721, post 01	kap. 3721, post 02 og 04
kap. 722, post 01	kap. 3722, post 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 2013 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 2013 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. investeringslån og driftskreditrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.
2. det av avgiftspliktig omsetning for legemiddelgrossister i 2013 skal betales avgift svarende til 0,55 pst.
3. statens andel i 2013 av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 50 pst. av resultatet i 2012 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 10/2012

