

Fornyelse av den statlige sosial- og helseforvaltningen
Rapport fra

**Arbeidsgruppe for arbeidsfordelingen
mellom Sosial- og helsedirektoratet og
Helsetilsynet**

[Vedlegg 1. Helsetilsynets merknader](#)

[Vedlegg 2 Oversikt over arbeidsoppgaver, kompetanse og årsverk –
Helsetilsynet](#)

[Vedlegg 3. Årsverk i Helsetilsynet dekket under andre
budsjettkapitler enn 700](#)

[Vedlegg 4. Midler under andre budsjettkapitler enn kap. 700
som Helsetilsynet forvalter i 2001](#)

Avgitt til overordnet styringsgruppe 2. november 2001

Innhold

1. ARBEIDSGRUPPENS MANDAT, GRUNNLAG, MEDLEMMER, MØTER.....	3
2. FORUTSETNINGER FOR FORDELING AV OPPGAVER MELLOM SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET OG DEN NYE HELSETILSYNET	5
2.1 TO FAGLIG STERKE ORGANER MED TROVERDIGHET OVERFOR BRUKERNE.....	5
2.2 NÆRMERE PRESISERING AV PRINSIPPER FOR OPPGAVEFORDELING.....	5
2.3 GENERELLE SYNSPUNKTER PÅ DE TO ETATENES KOMPETANSE- OG RESSURSBEHOV.....	7
3. DE ENKELTE VIRKEMIDLER OG SAKSOMRÅDER.....	8
3.1 FORVALTNING AV SOSIAL- OG HELSELOVENE.....	8
3.1.1 Innledning	8
3.1.2 Regelverksutvikling	8
3.1.3 Regelverksfortolkning	9
3.2 FORANKRING AV RÅDGIVNINGS- OG VEILEDNINGSOPPGAVER OVERFOR HELSE- OG SOSIALTJENESTEN.....	12
3.3 FORANKRING AV GODKJENNINGS- OG AUTORISASJONSSAKER	12
3.4 KLAGEBEHANDLINGEN ETTER HELSE- OG SOSIALLOVGIVNINGEN	13
3.5 FORHOLDET TIL FYLKESLEGENE OG FYLKESMENNENE	13
3.6 FORANKRING AV KOORDINERINGSFUNKSJONEN FOR (MEDISINSKE) KODEVERK OG KLASSEKODESYSTEMER.....	14
3.7 INTERNASJONALT ARBEID.....	14
3.8 FORANKRING AV KOORDINERINGSANSVAR FOR SOSIAL- OG HELSEBEREDSKAP.....	14
3.9 SMITTEVERN	14
3.10 KVALITETSINDIKATORER OG KVALITETSREGISTRE.....	14
3.11 KVALITETSRÅDGIVERPROGRAMMET FOR KOMMUNEHELSE TJENESTEN OG FREMTIDIGE PROGRAMMER FOR KVALITET I SOSIALTJENESTEN	15
3.12 FORVALTNING AV BIOTEKNOLOGILOVEN.....	16
3.13 MEDISINSK UTSTYR	16
3.14 LEGEMIDDELFELTET	16
3.15 TANNHELSE	16
3.16 UTDANNINGSSAKER.....	16
3.17 SEKRETARIATER FOR FAGRÅD	16
3.18 TILSYN ETTER TOBAKKSKADELOVEN OG ALKOHOLLOVEN	17
4. FORDELING AV PERSONELL OG BUDSJETT.....	17
4.1 PRINSIPPER FOR FORDELING.....	17
4.2 GRUNNLAG FOR FORDELING	18
4.3 FORDELING AV ÅRSVERK.....	18
4.4 SENERE FORDELING AV PERSONER.....	19
4.5 HVILKEN KOMPETANSE SOM BØR OVERFØRES OG HVILKEN KOMPETANSE BØR BLI IGJEN.....	19
4.6 UTGIFTSKAPITTEL 700 STATENS HELSETILSYN OG FYLKESLEGENE	20
4.6.1 Innledning	20
4.6.2 Lønnsbudsjett	20
4.6.3 Andre driftsutgifter.....	20
4.7 INNTEKTSKAPITTEL 3700 STATENS HELSETILSYN OG FYLKESLEGENE.....	21
4.8 BUDSJETT MIDLER UNDER ANDRE KAPITLER ENN KAP. 700 SOM HELSETILSYNET DISPONERER.....	22
VEDLEGG	23
1. HELSETILSYNETS MERKNADER	23
2. OVERSIKT OVER ARBEIDSGRUPPENS OPPGAVER, KOMPETANSE OG ÅRSVERK - HELSETILSYNET..	23
3. TILSATTE I HELSETILSYNET DEKKET UNDER ANDRE KAPITLER ENN 700.....	23
4. MIDLER UNDER ANDRE BUDSJETTKAPITLER ENN KAP. 700 SOM HELSETILSYNET FORVALTER I 2001	23

1. Arbeidsgruppens mandat, grunnlag, medlemmer, møter

Fordelingen av oppgaver mellom det nye Sosial- og helsedirektoratet og det nye Helsetilsynet tar utgangspunkt i de overordnede føringene Sosial- og helsedepartementet har lagt for omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltning.

Arbeidsgruppens mandat ble godkjent i overordnet styringsgruppe 27.09.2001 og fremgår av notat av 04.10.2001 fra prosjektsekretariatet. Mandatet lyder:

"Arbeidsgruppen har ansvar for å drøfte og legge frem forslag til arbeidsdeling mellom etatene. Arbeidsgruppens leder tar initiativ til første møte. Gruppen gis følgende oppdrag:

1. Avklare hvilke oppgaver som skal vurderes i arbeidsgruppene på grunnlag av materiale fra de aktuelle gråsoner rapportene.
2. Gi forslag til arbeids- og oppgavefordeling mellom Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn på de områdene som er nevnt i pkt. 1.
3. Vurdere hvilken type kompetanse som må knyttes til oppgavene som overføres til direktoratet, og hvilken kompetanse som må bli igjen i tilsynet.
4. Komme med anslag ift. personellressurser som må følge med oppgavene.
5. Komme med anslag ift. driftsmidler som må følge med.
6. Komme med angivelse av tilskuddsmidler som må følge med.

Grunnlagsmateriale for arbeidet er direktivene for prosjektene, jf mandatet, og rapporter om vurdering av gråsoner fra delprosjektene, som har frist til overordnet styringsgruppen 15.10.01. *Som vedlegg til gråsoner rapportene bør det følge evt. kartlegginger som er gjennomført i delprosjektene.*

Det foreslås at følgende premisser legges til grunn for arbeidet:

- Koordinering av tjenestestatistikken på helse- og sosialområdet forankres i direktoratet.
- Forvaltning (administrasjon og fortolkning) av sosial- og helselovene skal *som hovedregel* forankres i direktoratet.
- Begge institusjonene skal ha rådgivnings-/veiledningsoppgaver. Arbeidsgruppen må komme frem til en arbeidsdeling. Som en hovedregel skal rådgivnings-/veiledningsoppgavene i tilsynet knyttes opp mot tilsynsfunksjonen på sosial- og helseområdet, mens rådgivnings-/veiledningsoppgavene i direktoratet skal knyttes opp mot utvikling av sosial- og helsetjenestene.
- Det må vurderes hvor godkjennings-/autorisasjonsoppgaver skal legges.

- Begge institusjonene skal forholde seg til regional statsforvaltning (fylkeslege/fylkesmann). Arbeidsgruppen må komme frem til former for samarbeid/styringsdialog.

Arbeidsgruppen må ha slutført sitt arbeid, og avlevert rapport til det sentrale prosjektsekretariatet senest 1. november."

Materialet om oppgaver som skal plasseres er hentet fra:

- Rapport om oppgavefordeling og gråsoner, notat av 15.10.2001 fra delprosjekt 1 (Sosial- og helsedirektoratet) til styringsgruppen, med vedlegg
- Fornyelse av den statlige sosial- og helseforvaltningen - beskrivelse av nåværende og fremtidige oppgaver - problemstillinger i forbindelse med oppgavedelingen mellom de nye institusjonene, brev av 15.10.2001 fra delprosjekt 3 (Helsetilsynet) til styringsgruppen, med vedlegg

Den konkrete oppgavefordelingen som er foreslått i denne rapporten tar utgangspunkt i disse to beskrivelsene. De to beskrivelsene etterlater behov for en del presiseringer og avklaringer når det gjelder felles forståelse av begreper og oppgaver.

Gruppens medlemmer er:

helsedirektør Lars E. Hanssen (delprosjekt 3 / Statens helsetilsyn) (leder)
avdelingsdirektør Kari Sønnerland (delprosjekt 4 / Sosial- og helsedepartementet)

avdelingsdirektør Lisbeth Hårstad (delprosjekt 4 / Sosial- og helsedepartementet)

direktør Bjørn-Inge Larsen (delprosjekt 1 / Sosial- og helsedirektoratet)
seniorrådgiver Arne-Birger Knapskog (delprosjekt 1 / Sosial- og helsedirektoratet)

seniorrådgiver Sissel Andreassen (delprosjekt / Sosial- og helsedirektoratet)
Fylkeslege i Troms Gerd Ersdal (delprosjekt 3)

avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig (delprosjekt 3 / Statens helsetilsyn)

avdelingsdirektør Hilde Jordal (delprosjekt 3 / Statens helsetilsyn)

avdelingsdirektør Jørgen Holmboe (delprosjekt 3 / Statens helsetilsyn)

I tillegg har Tale Teisberg, leder for sekretariatet for overordnet styringsgruppe, møtt den 18. og den 24. 10, direktør Harald E. Hauge, Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording, møtt 24.10 og 31.10 og avdelingsdirektør Terje Jensen, Helsetilsynet den 31.10.

Sekretariat:

fagsjef Jo Kittelsen, Helsetilsynet

underdirektør Helge Høifødt, Helsetilsynet.

Gruppen har hatt til sammen tre møter i Helsetilsynets lokaler, 18., 24. og 31. oktober. Lørdag 27.oktober ble det holdt et møte hvor Lars E. Hanssen, Bjørn Inge Larsen, Kari Sønnerland, Anne Wyller Shetelig og Hilde Jordal samt sekretariatet var til stede.

2. Forutsetninger for fordeling av oppgaver mellom Sosial- og helsedirektoratet og den nye Helsetilsynet

2.1 To faglig sterke organer med troverdighet overfor brukerne

Både Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet må fra etableringen

- fremstå med oppgaveportefølje som er klart formulert og tydelig adskilt fra de andre organene, slik at brukerne ser en statlig sosial- og helseforvaltning med lett forståelig struktur og profilerte organer
- ha tilstrekkelig kompetanse (i denne sammenheng både kontaktnett, systemer for kunnskapsforvaltning og ansattes formal- og realkompetanse) til å få troverdighet og status i fagmiljøene i sosial- og helsetjenestene
- ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne gi nødvendige bidrag i saker som er forankret i et annet organ, slik at den statlige sosial- og helseforvaltningen samlet leverer med forventet kvalitet.

Disse hensynene vil i en viss utstrekning trekke i forskjellige retninger når oppgaver, budsjetter og personer skal fordeles.

Gruppen legger stor vekt på klar og ryddig arbeidsdeling. På en rekke av saksområdene som behandles i denne rapporten vil det likevel være nødvendig med et nært samarbeid mellom organene. Typisk gjelder dette oppgaver der direktoratet har forankringen mens Helsetilsynet bidrar med sin tilsynserfaring og annen kunnskap, for eksempel i arbeid med utgivelse av de fleste veiledere eller utformingen av nye statlige handlingsplaner. Det vil derfor være avgjørende at ledelsen i de to organene sammen med departementet etablerer åpne og tilstrekkelige samarbeidsmønstre mellom de aktuelle enheter og nivåer i organisasjonene.

Gruppen vil understreke betydningen av at begge organene i fremtiden fremstår som kompetente og robuste.

2.2 Nærmere presisering av prinsipper for oppgavefordeling

Arbeidsgruppa tok utgangspunkt i Helsetilsynets beskrivelse av gjensidigheten mellom sosial- og helsetjenestenes og de statlige myndighetenes arbeid for kvalitet i tjenestene:

Statlige myndigheters utadrettede kvalitetsarbeid	Trinn	Tjenestenes kvalitetsarbeid
Fastsette samfunnets krav og forventninger	1	Planlegge systematisk arbeid for å sikre/påse at krav innfris
Gi råd, gi økonomiske incentiver, etablere handlingsplaner og lignende som skal bidra til at krav og forventninger kan etterleves	2	Utføre og vedlikeholde tjenestene
Overvåke og påse på samfunnets vegne at krav etterleves	3	Egen (virksomhetsintern) kontroll med resultatoppnåelse
Formidling av tilsynserfaringer - justering av krav og råd	4	Revidere planer og forbedre egen virksomhet

Ansvar for kvaliteten er i tilsynsloven § 3 lagt til tjenestene selv. Når man ser de ulike statlige myndigheters oppgaver fra utsiden vil noen kunne anta at tilsynet kun skal etterprøve og kontrollere at krav etterleves og formidle resultater av overvåkingen, og at direktoratet, folkehelseinstituttet og departementet skal ha de øvrige oppgavene. Selv om hovedtrekkene vil være nettopp slik, vil rollene nyanseres når man går litt nærmere inn i oppgavene.

Arbeidsgruppa brukte beskrivelsen av tilsynets oppgaver og rolle som utgangspunkt for en nærmere presisering av oppgavefordelingen. Det er enighet om den beskrivelse Helsetilsynet har gitt, i sitt brev av 15. oktober 2001 til den overordnede styringsgruppen (gråsonebrevet), av hendelsesbasert tilsyn, virksomhetstilsyn og overordnet faglig tilsyn.

Det er enighet om at tilsynsmyndigheten skal ha rådgivningsoppgaver i relasjon til tilsynet og om at slik rådgivning både kan gis i forkant av og i etterkant av tilsyn.

Utarbeidelse av skriftlige veiledere til helse- og sosialtjenestene er i hovedregel en direktoratsoppgave. Helsetilsynet vil være en viktig samarbeidspartner ved at tilsynet formidler sine erfaringer til direktoratet og deltar i arbeidet med utforming av råd og veiledning. Direktoratet har hovedansvar for eventuell bistand til tjenestene når det gjelder implementering. Tilsynet vil bruke disse veilederne som en viktig referanseramme ved planlegging av tilsyn og i sin vurdering av tjenestene og helsepersonells adferd, og bidrar på denne måten i implementeringen. Dette samarbeidet kan illustreres skissemessig ved å vise prosessen ved utarbeidelse av veiledere og peke på at tilsynet spiller inn til utkast og bidrar ved implementering når direktoratet utgir veiledere:

Innspill / utkast	Utgi	Implementering/tilsyn
-------------------	------	-----------------------

Det er videre enighet i arbeidsgruppa om at tilsynets beslutninger i enkeltsaker vil være av normerende karakter og at tilsynsmyndigheten vil ha behov for å formidle sine beslutninger til tjenestene gjennom Helserettsinfo

og eventuelt på andre måter. Sosial- og helsedirektoratets og Helsetilsynets oppgaver når det gjelder fortolkning av regelverket er nærmere beskrevet i kapittel 3.1.

Når tjenestene henvender seg til fylkeslegene med spørsmål om hvordan myndighetskrav er å forstå, vil både direktoratet og tilsynet kunne være aktuelle til å besvare eventuelle henvendelser fra fylkeslegene. I situasjoner der det ikke på forhånd foreligger klare råd eller relevante fortolkninger av regelverket må tilsynsmyndigheten si hva den ville legge til grunn ved et eventuelt tilsyn. Av hensyn til forutsigbarhet for tjenestene må det være sikret samsvar mellom det rådet som blir gitt og de krav tilsynsmyndigheten vil stille ved planlagt tilsyn (som systemrevisjon eller annen undersøkelsesform) eller ved vurdering av hendelser i ettertid som for eksempel ved klager fra publikum.

Det er enighet om at både direktoratet og tilsynet på hver sin måte arbeider med å spesifisere innholdet i forsvarlighetsbegrepet. Hva som utgjør god praksis, som det sentrale element i forsvarligheten, konkretiseres i all hovedsak av fagmiljøene selv. Når staten må delta i å bestemme hva som er god praksis vil dette skje gjennom veiledere, metodevurderinger og øvrige virkemidler direktoratet har til rådighet, og gjennom tilsynets virksomhet jf nedenfor.

Tilsynet vil gjennom sine beslutninger og sin veiledning av virksomheter og personell bidra til å fastsette hva som er god praksis. Tilsynet skal veilede enkeltpersonell i forbindelse med tilsynssaker (jf helsepersonellovens forarbeider) og vil peke på forbedringsområder i sitt tilsyn med helsetjenester. Tilsynet vil her anvende egne og andres tidligere beslutninger i den grad de er relevante for saken, direktoratets veiledere etc, men vil, når slike konkretiseringer ikke foreligger, selv måtte utlede og konkretisere hva som er kjernen i forsvarlighetsbegrepet fra lov og forskrift, og deres forarbeider.

Gruppen vurderer behandling av rettighetsklager etter sosial- og helselovgivningen i utgangspunktet som en del av et utøvende direktorats oppgaver, jf. kapittel 3.4 nedenfor. Gruppen ser imidlertid den nære sammenhengen det er mellom klager på helsetjenesten etter tilsynsloven og etter for eksempel pasientrettighetsloven, og vil derfor anbefale at også klager på manglende oppfyllelse av pasientrettigheter har Statens helsetilsyn som overordnet instans.

2.3 Generelle synspunkter på de to etatenes kompetanse- og ressursbehov

Begge etatene trenger bred kompetanse innen helse- og sosialfag og kjennskap til de ulike tjenestenes særegenhet. Videre er det behov for samfunnsvitenskapelig kompetanse inkludert organisasjonskunnskap og samfunnsøkonomi. Begge etater vil ha behov for juridisk kompetanse.

Brukerne i sosial- og helsetjenesten forventer et faglig sterkt tilsynsorgan som både har solid sosial- og helsefaglig kyndighet og bred kontakt og dialog

med fagmiljøene ute. Denne nødvendige bredden er forsøkt balansert mot kravene til en ansvarsdeling ift. de andre organene som er så klar at den er lett å praktisere og lett for omverdenen å oppfatte.

Arbeidsgruppa gir i kapittel 4 en nærmere beskrivelse av hvordan Helsetilsynets kompetanse kan fordeles. I kapittel 5 beskrives hvilke personellressurser som kan overføres.

3. De enkelte virkemidler og saksområder

3.1 Forvaltning av sosial- og helselovene

3.1.1 Innledning

Myndighetenes krav til kvalitet i helsetjenesten vil være formulert som:

- Nasjonale mål og prioriteringer, inkl. verdivalg
- Lover og forskrifter
- Utgivelse av rundskriv og veiledere som fortolker og konkretiserer kravene
- ”Autoriserte” metodevurderinger (faglige retningslinjer)
- Beslutninger i enkeltsaker som bidrar til å beskrive for helsetjenesten hvilke krav tilsynsmyndigheten stiller

Utformingen av nasjonale mål og prioriteringer vil tilligge departement og direktorat. Når det gjelder lover og forskrifter vil departementet ha et hovedansvar. Forvaltning (administrasjon og fortolkning) av sosial- og helselovene skal som hovedregel forankres i direktoratet. Både Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet vil være viktige innspillere i regelverksutviklingen.

3.1.2 Regelverksutvikling

Det er en nær sammenheng mellom tilsyn og de krav det føres tilsyn etter. Er regelverket dårlig blir resultatet av tilsynet dårlig. Dette er fremhevet av Statskonsult i deres Notat 2000:8. På grunn av den nære tilknytningen mellom regelverk og tilsyn bør et fremtidig helse- og sosialtilsyn se det som en viktig oppgave å bidra ved fastsettelse av lover og forskrifter og ved videreutvikling av reglene. Tilsynet bør ha et ansvar for at erfaringer fra tilsyn systematiseres og benyttes i dette arbeidet. Tilsynet må også på grunnlag av sin ”tilsynskompetanse” ha ansvar for å bidra på mer generelt grunnlag. Dette gjelder særlig i forhold til kvalitet, herunder systemmessige, organisatoriske og forsvarlighetsrelaterte forhold.

Moderne regelverksutvikling forutsetter at regelverket er enkelt, det vil si at antallet offentlige bestemmelser ikke er for stort og at detaljeringsgraden ikke er for høy. Regelverket bør derfor utformes slik at det egner seg for senere tilsynsmessig oppfølging. Det bør etableres rutiner som sikrer at bidrag fra tilsynet innhentes på et tidlig stadium i utformingen av nytt regelverk. I de tilfeller regelverksutviklingen er forankret i Sosial- eller helsedepartementet må tilsynet kunne gi sine innspill direkte til departementene.

Utformingen av regler og faglige standarder og retningslinjer innenfor direktoratets ansvarsområde bør ta hensyn til de nevnte prinsipper for moderne regelverksutvikling. Direktoratet er enig i at tilsynet bør være en aktiv bidragsyter på områder der utvikling av generelle styringssignaler skjer fra direktoratet.

En form for utfylling av regelverket vil skje når tilsynet vurderer enkeltsaker mot helsepersonell og virksomheter og ved systemrevisjoner. De formelle reglenes innhold blir tydeliggjort ved at tilsynet bedømmer faktum i slike saker opp mot relevante lov- eller forskriftsbestemmelser. Dette er normering som tilsynet kan bruke som enkeltstående vurderinger eller som kan oppsummeres og være generell veiledning overfor tjenestene. I den grad det dreier seg om fortolkninger av regelverk, vil disse ikke være rettslig bindende, men av veiledende karakter, jf. legalitetsprinsippet.

Direktoratet er enig i at tilsynet har en slik normerende rolle i enkeltsaker og ved systemrevisjoner, og at slike vurderinger kan få generell betydning. Dersom vurdering av en enkeltsak eller et enkelttilfelle viser at det er behov for mer generelle retningslinjer vil det imidlertid være naturlig at tilsynet melder fra til direktoratet og at det så er direktoratets ansvar å utgi eventuelle faglige retningslinjer.

Konklusjon:

Det er behov for et nært samarbeid om regelverksutvikling, og begge etatene bør være aktive bidragsytere.

Forvaltning (administrasjon og fortolkning) av sosial- og helselovene skal som hovedregel forankres i direktoratet. Direktoratet vil ha ansvar for å utarbeide faglige retningslinjer og standarder som en del av styringsadferden overfor de utøvende tjenester. Disse vil være av veiledende karakter.

Innenfor områdene kvalitet, herunder systemmessige, organisatoriske og forsvarlighetsrelaterte forhold er det særlig viktig at tilsynets ansvar for regelverksutvikling tydeliggjøres. I de tilfeller regelverksutvikling er forankret i Sosial- eller helsedepartementet må tilsynet kunne gi sine innspill direkte til departementene.

3.1.3 Regelverksfortolkning

For å kunne ta stilling til innholdet i en lovbestemmelse, må man ofte gå til flere rettskilder enn lovtekst (forarbeider, domstolpraksis, forvaltningspraksis, reelle hensyn med mer). Å foreta slike vurderinger, kan man si er å tolke loven.

Legalitetsprinsippet setter grenser for i hvilke grad slike fortolkninger er rettslig bindende. Man må ha hjemmel i lov for å kunne gi pålegg til organer/personer som ikke er direkte underordnet (er "i linja"). Helseforetakene vil i en slik sammenheng ikke være underordnede og vil i forhold til myndighetsstyring være på lik linje med private. Lovtolkninger som er gjort av forvaltningsorganer som har fått ansvar for å administrere en lov er imidlertid en viktig veiledning som bør ha autoritet og vil også kunne ha en viss rettskildemessig betydning. Fortolkninger gitt av et underordnet

organ (f. eks. direktoratet), kan overprøves og endres av det overordnede organet (departementet). En slik overprøving innebærer at det er gitt en instruks til det underordnede organ om å følge fortolkningen gitt av det overordnede organ. Domstolene kan overprøve forvaltningens fortolkninger. Direktoratet kan ikke instruere Helsetilsynet og motsatt.

Ved behandling av enkeltsaker både i forhold til helsepersonell og virksomheter, vil tilsynet tolke aktuelt regelverk og ta stilling til hva som er innholdet i regelen det konkrete forholdet skal vurderes opp mot. På grunn av at myndighetskravene ofte er skjønnsmessig utformet vil en viktig del av den offentlige kontrollen måtte bestå i å ta standpunkt til hvordan reglene skal forstås og praktiseres. Ved behandlingen av enkeltsaker skal det legges betydelig vekt på å gi råd og veiledning (jf. særlig Sosialkomiteens uttalelse ved behandlingen av endringer i ny helsepersonellov, Innst. O. nr. 38 2000 - 2001). Det er lagt til grunn at dette gjelder både i forhold til forståelsen av og etterlevelse av myndighetskrav og i forhold til hva som er å betrakte som ”god praksis”.

Etter arbeidsgruppas vurdering kan ikke tilsynets tolkninger og veiledning være avgrenset til enkeltsaker eller gjennomføring av systemrevisjoner og hvilke tema som er gjenstand for overordnet faglig tilsyn. Det vil i stor grad være tilfeldig hvilke problemstillinger som blir reist gjennom enkeltsaker. Ved systemrevisjoner og overordnet faglig tilsyn er tema og område valgt av tilsynet, men det vil av ressursmessige grunner være avgrenset til utvalgte områder. Utenfor disse områdene må tilsynet både på bakgrunn av henvendelser og på eget initiativ fortolke innenfor sitt tilsynsområde. Ved dette kan tilsynet medvirke til etterlevelse av myndighetskravene og derved bidra til trygge helse- og sosialtjenester. Tolkning av regelverket vil på denne måten være et viktig virkemiddel for tilsynet.

Helsetilsynet bør derfor ha fullmakt til å gi faglige råd i forkant og senere utføre det faglige tilsyn. Det vil følge som en naturlig konsekvens av dette at tilsynsmyndigheten i forkant kan gi råd om hvordan regelverket er å forstå, for eksempel i forhold til forsvarlighetskravet eller i forhold til den profesjonsbestemte taushetsplikten. Tilsynsmyndigheten vil også måtte fortolke alle lov- og forskriftsbestemmelser innenfor helse- og sosiallovgivningen i forbindelse med tilsyn og i forbindelse med utøvelse av myndighet tillagt tilsynet i lov/forskrift. Erfaringer fra tidligere tilsyn vil være viktig når det gis råd i forkant og ved fortolkning.

Direktoratet vil få ansvar for å utvikle generelle standarder og retningslinjer knyttet til regelverket. Tilsynet på sin side må på ulike måter, i form av rundskriv m.v., kunne henvende seg på mer generell basis til tjenestene på sosial- og helsesektoren. De områdene som står sentralt for tilsynet vil i første rekke være internkontroll, kvalitetsutvikling, systemmessige, organisatoriske og forsvarlighetsrelaterte forhold. Tilsynet har et spesielt ansvar for hvert av disse elementene, enten gjennom det lovgrunnlag som internkontrollen gir eller gjennom krav som har nær sammenheng med dette lovgrunnlaget.

Tilsynsmyndighetene må for eksempel ha fokus på organisatoriske krav. Tilsynet med helsetjenestens system for internkontroll vil fokusere på til dels andre faktorer enn ved mer tradisjonelle tilsynsformer, det vil si om tjenesten har innrettet sine rutiner og instruksjoner på en slik måte at de krav det offentlige stiller til tjenesten blir etterlevet i praksis.

Behovet for forutsigbarhet i tilsynet vil kunne møtes ved at tilsynsorganet utarbeider rundskriv med eksempler på hvordan de målsettinger som er slått fast i regelverket kan realiseres (NOU 1987:10 Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet). Konkret vil dermed tilsynet kunne veilede de utøvende tjenester i hvordan de organisatoriske forholdene eksempelvis kan legges til rette for at regelverkets krav skal bli fulgt. Man må imidlertid være oppmerksom på at internkontroll til en viss grad bygger på at løsninger kan og skal finnes lokalt. I juridisk litteratur settes for øvrig fokus på at virksomheters organisering har stor betydning ved systemkontroll, jf Erik Boe, Oversikt over forvaltningsretten 1996.

Et annet viktig fundament for tilsynsmyndighetens ansvar er forsvarlighetskravet. I en del tilfeller vil det være mulig og ønskelig å utforme faglige retningslinjer som konkretiserer hva forsvarlighetskravet mer konkret innebærer. I en del tilfeller vil det ikke finnes noen konkretisering av forsvarlighetskravet eller retningslinjer/standarder som er dekkende i forhold til en aktuell problemstilling. I slike tilfeller vil det kunne være aktuelt for tilsynet å orientere i rundskriv til helse- og sosialtjenestene om avgjørelser eller vurderinger tilsynet har gitt som kan ha prinsipiell betydning. Dette kan særlig ha betydning for tilsynet i spørsmål om hvor lovlighetsgrensen går, det vil si grensen til det uforsvarlige.

Diskusjonen i dette kapittelet endrer ikke ved føringen om at direktoratet som hovedregel forvalter og fortolker regelverket. Arbeidsgruppa ser det som viktig at det i prosessen avklares oppgavefordeling m.v. mellom direktorat og tilsyn knyttet til tolkning av regelverket. Når både direktorat og tilsyn skal gi råd til helse- og sosialtjenesten, blir det viktig å etablere rutiner som sikrer at det samlet gis klare entydige råd. Direktoratets fortolkning vil være en rettskilde for tilsynets og motsatt.

Konklusjon:

Direktorat og tilsyn er enige om at det er behov for samarbeid når det gjelder rådgivningsvirksomhet og fortolkning overfor helse- og sosialtjenestene for å oppnå en koordinert opptreden overfor de utøvende tjenester.

Forvaltning (administrasjon og fortolkning) av sosial- og helselovene skal som hovedregel forankres i direktoratet.

Et framtidig tilsyn kan tolke rettighet- og pliktbestemmelser i forhold til pasienter, helsepersonell og systemer innenfor helselovgevingen i enkeltsaker i forbindelse med utøvelse av sin tilsynsrolle. Dette kan skje både i forkant av tilsyn og under utøvelse av tilsyn. Tilsynet må kunne bruke ulike virkemidler som råd, veiledning, utredning, rundskriv m.v. i arbeidet med å drive tilsynsmessig oppfølging overfor helse- og sosialtjenesten på områder som knytter seg til internkontroll, kvalitet og etterlevelse av myndighetskrav.

3.2 Forankring av rådgivnings- og veiledningsoppgaver overfor helse- og sosialtjenesten

Begge institusjonene skal ha rådgivnings- / veiledningsoppgaver. Som en hovedregel skal rådgivnings- / veiledningsoppgavene i tilsynet knyttes opp mot tilsynsfunksjonen på sosial- og helseområdet, mens rådgivnings- / veiledningsoppgavene i direktoratet skal knyttes opp mot utvikling av sosial- og helsetjenestene.

Arbeidsgruppa viser her til det som er skrevet i kapittel 2.2 og 3.1. Som hovedregel vil direktoratet utgi veiledere av den typen som nå utgis i Helsetilsynets veilederserie. Helsetilsynet vil imidlertid utgi rundskriv på tema som er spesielt relevante i forhold til tilsynsoppgaver.

Det vil derfor være naturlig at Helsetilsynet konkretiserer og beskriver overfor tjenestene hvordan internkontroll kan innføres. Videre vil Helsetilsynet utvikle rundskriv om rutiner for tjenestenes systematiske og kontinuerlige forbedringsarbeid.

På områder hvor det kan være flere ulike krav som må sees i sammenheng for å vurdere forsvarlighet, når ulike myndighetskrav skal avveies mot hverandre eller når grensen for forsvarlighet skal flyttes (jf legemiddelassistert rehabilitering) skal skriftlig veiledning om forsvarlighetsgrensen utformes av tilsynsmyndigheten.

3.3 Forankring av godkjennings- og autorisasjonssaker

De fleste godkjenningsordninger ifm. institusjoner m.m. bygger på dokumentasjon fra søker selv eller tredjepart, som søker fremskaffer. Disse skal ligge i direktoratet.

Styringen av Autorisasjonskontoret og de saksområdene kontoret har bør plasseres i direktoratet. Direktoratet vil da være klageorgan for Autorisasjonskontorets avgjørelser ifm. turnustjeneste der Helsetilsynet i dag er klageorgan.

Dette betyr at alle godkjenningsordninger som i dag ligger i Helsetilsynet overføres til direktoratet.

I enkelte godkjenningssaker vil det være spesielt behov for at saken opplyses også fra tilsynsmyndigheten før direktoratet fatter vedtak. Dette vil særlig gjelde godkjenning av institusjoner som skal kunne bruke tvang med hjemmel i psykisk helsevernloven. Fylkeslegenes tilsynserfaring hentes som hovedregel inn fra Helsetilsynet, som formidler videre til direktoratet. For denne saksgangen avtales det nærmere kjøreregler.

3.4 Klagebehandlingen etter helse- og sosiallovgivningen

Det er nær sammenheng mellom saker som er klager på helsepersonell og saker som er klager på manglende oppfylling av rettigheter. Publikum vil ofte ikke vite om det skal klages i henhold til den ene eller den andre loven. Det vil i praksis bli fylkeslegene som beslutter etter hvilken lov saken skal behandles.

Gruppen vurderer behandling av rettighetsklager i utgangspunktet som en del av et utøvende direktorats oppgaver. Gruppen ser imidlertid den nære sammenhengen det er mellom klager på helsetjenesten i henhold til tilsynsloven og i henhold til for eksempel pasientrettighetsloven. Gruppen vil derfor anbefale at også klager på manglende oppfyllelse av pasientrettigheter har Statens helsetilsyn som overordnet instans. Dersom det skulle vise seg at denne ordningen er uheldig i forhold til direktoratets arbeid med prioritering, må dette revurderes.

3.5 Forholdet til fylkeslegene og fylkesmennene

Både Helsetilsynet og direktoratet vil være representert i regional stat gjennom fylkeslegene og fylkesmennene. Den formelle etatstyringen av fylkesmennene skjer fra AAD. Det er viktig at det etableres rutiner for at tilsynet og direktoratet kan ha muntlig og skriftlig dialog med fylkesmennene.

Helsetilsynet mener likevel at tilsynet skal ha en direkte instruksjonsmyndighet overfor fylkeslegen som leder for tilsynssakene i fylkesmannsembetet, for å sikre tilsynsmyndighetens faglige uavhengighet på regionalt nivå tilsvarende som på sentralt.

Gruppen mener at det helse- og sosialfaglige miljøet hos fylkesmennene i fremtiden må sees som ett fagmiljø. Miljøet bør ledes av fylkeslegen som embetsmann og representere tilsynet og direktoratet på hhv. tilsyn med helse- og sosialtjenesten og på utøvende funksjoner overfor sosial- og helsetjenesten.

Helsetilsynet har etatslederansvaret for fylkeslegene i 2002. Direktoratet og Helsetilsynet utarbeider sammen opplegg for styringsprosessene og helheten i prioriteringen av fylkeslegenes ressurser.

Ressursene i regional stat som representerer henholdsvis Helsetilsynet og direktoratet må avklares når oppgavefordelingen sentralt er fastsatt, og senest ifm. tildelingsbrevet til fylkeslegene. Gruppen anbefaler at det bestemmes en prosentsats for andel av hvert fylkeslegekontors årsverkressurser som skal arbeide med saker for hver av de sentrale etatene. Tilsynet og direktoratet har anledning til å prioritere innenfor de ressursene som representerer den enkelte etat. Rapporteringen av medgåtte ressurser og fylkeslegens frihetsgrad innen rammene må avtales nærmere.

For Helsetilsynet er det vesentlig at de ressursene ved fylkeslegekontorene som disponeres til oppgaver som er forankret i Helsetilsynet er tilstrekkelige

til å realisere reformens mål om at tilsynet skal styrkes, på regional stats nivå. Dette skal ikke innebære at styrkingen av tilsynet går på bekostning av de oppgavene som er forankret i Sosial- og helsedirektoratet.

3.6 Forankring av koordineringsfunksjonen for (medisinske) kodeverk og klassifikasjonssystemer

De generelle prinsippene for oppgavefordeling tilsier at oppgaven ikke legges til Helsetilsynet.

3.7 Internasjonalt arbeid

Fordelingen av ansvar for internasjonalt arbeid skal følge de ansvarslinjer som gjelder for de tilsvarende oppgavene nasjonalt. Både direktoratet og tilsynet vil ha kompetanse og erfaringer som tilsier deltakelse i ulike internasjonale fora, ekspertkomiteer, bistandssamarbeid o.l. og begge vil være viktige rådgivere for departementets deltakelse i fora som følger av medlemskap i ulike internasjonale organisasjoner.

3.8 Forankring av koordineringsansvar for sosial- og helseberedskap

Fordelingen av ansvar for beredskap følger av reformens fordeling av funksjoner. Helsetilsynet skal føre tilsyn med sosial- og helsetjenestens beredskapsarbeid. Direktoratet er utøvende myndighet på beredskapsområdet på de områder departementet beslutter å delegere. Direktoratet vil etter dette få overført de fleste av oppgavene som Helsetilsynet er tillagt og som i dag finansieres over kap 797 . Direktoratet skal første halvår 2002 utarbeide en plan for styrking av sosial- og helsemyndighetenes arbeid med beredskapen. Dette arbeidet vil skje i samarbeid med bl.a. Helsetilsynet.

3.9 Smittevernet

Fordelingen av ansvar for smittevern følger av reformens fordeling av funksjoner og foreslåtte endringer i smittevernloven. Helsetilsynet skal føre tilsyn med sosial- og helsetjenestens arbeid med smittevern. Direktoratet er utøvende myndighet på smittevernområdet på de områder departementet beslutter å delegere. Helsetilsynet viderefører og avslutter smittevernprosjektet.

3.10 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre

Forankringen av arbeidet med kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre skal være i direktoratet. Arbeidet med å utvikle og drifte kvalitetsindikatorene skal skje i nært samarbeid med Helsetilsynet, som også vil ha behov for å bruke de registrerte dataene i tilsynet.

3.11 Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten og fremtidige programmer for kvalitet i sosialtjenesten

Innholdet i kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten er knyttet tett opp til tilsynsvirksomheten. Kvalitetsrådgiverne har fått opplæring i systematisk styring og har hatt hovedfokus på å gi kommunene opplæring i systematisk kvalitetsarbeid og oppbygging av internkontroll (systematiske styringssystemer). De har også hatt som oppgave å tilføre det enkelte fylkeslegekontor den samme kompetansen, og å delta med sin systemkunnskap i forberedelse, gjennomføring og oppfølging av tilsyn.

Når internkontroll skal innføres også i henhold til sosialtjenesteloven og når det skal føres tilsyn etter systemrevisjonsmetoden også med sosiale tjenester vil fylkesmennene for å kunne føre tilsyn ha stort behov for denne kompetansen. For kommunene vil det være av betydning at regional stat fremstår med enhetlig rådgivnings- og tilsynsvirksomhet og det vil derfor være viktig at fylkesmennene kan utnytte den synergieffekt det vil gi å videreføre programmet.

Helsetilsynet og fylkeslegene har erfart at det kan ta tid og innebære utfordringer når kommunene skal etablere internkontrollsystemer. Det vil være helt avgjørende at det utvikles en enhetlig rådgivnings- og tilsynskultur på et område som vil være så vidt viktig for kommunene i fremtiden.

Gruppen vurderer fortsatt bruk av kvalitetsrådgiverne til oppgavene som er beskrevet ovenfor som et nødvendig element for å realisere reformens mål om at tilsynet skal styrkes, på regional stats nivå.

I årene fremover vil kvalitetsrådgiverne delta i kvalitetsarbeid innenfor en rekke ulike områder som styres fra direktoratet, f.eks. vil dette kunne gjelde:

- etableringen av kvalitetsindikatorer for helsetjenesten
- etableringen av nye statistikkssystemer for sosial- og helsetjenesten (f.eks. IPLOS)
- innføring av nye retningslinjer og veiledere for sosial- og helsetjenesten
- iverksetting av prioriteringsarbeidet i tjenesten
- evt også i KS-prosjektet om ledelse og kvalitetsutvikling i kommunene og AAD's satsing på bruk av "Common assessment framework".

Gjennom dette og andre fremtidige satsinger vil kvalitetsrådgiverne være sentrale ressurser for direktoratets iverksettingsarbeid med statlig politikk i sosial- og helsetjenesten.

Gruppen foreslår at kvalitetsrådgiverne forutsettes å arbeide både med oppgaver som er forankret i Helsetilsynet og oppgaver som er forankret i direktoratet, og at fordelingsnøkkelen er 60% av årsverket for Helsetilsynet og 40% for direktoratet. Bruken av kvalitetsrådgivernes kompetanse planlegges i de ordinære styringsprosessene. Med denne avtalte fordelingen av årsverkene som ramme, inngår kvalitetsrådgiverne på vanlig måte i det enkelte fylkeslegekontor.

3.12 Forvaltning av bioteknologiloven

Forvaltning av bioteknologiloven skjer i direktoratet.

Helsetilsynet har tilsynet etter loven, og kan tolke rettighets- og pliktbestemmelser innenfor helselovgivningen i enkeltsaker i forbindelse med utøvelse av sin tilsynsrolle. Dette kan skje både i forkant av tilsyn og under utøvelse av tilsyn.

3.13 Medisinsk utstyr

Medisinsk utstyr området er preget av at de fleste av oppgavene er direktoratsoppgaver og en del er tilsynsoppgaver. For å holde kompetansen på dette avgrensede feltet samlet foreslår vi at hele feltet ivaretas i direktoratet.

3.14 Legemiddelfeltet

Helsetilsynet fører tilsyn med forsvarlig forskrivning av legemidler, råd og veiledning i tilknytning til dette samt driver overordnet tilsyn på feltet.

Direktoratet bør følge opp aktuelle handlingsplaner (handlingsplan sikrere legemiddelbruk, handlingsplan for antibiotika), utvikling av retningslinjer for behandling innen ulike områder (eksempelvis sentralstimulerende midler, legemiddelassistert rehabilitering) samt forvaltningsoppgaver som ikke følges opp av SLV.

3.15 Tannhelse

Etatene fordeler oppgavene på tannhelsefeltet på samme måte som for øvrige helsefelt.

3.16 Utdanningssaker

Helsepersonellsaker vil bli forankret i direktoratet. Helsetilsynet må, på grunnlag av tilsynserfaring, ha anledning til å bidra til utvikling av helsemyndighetenes standpunkter som gjelder utdanning av sosial- og helsepersonell ifm. kontakten med KUF.

3.17 Sekretariater for fagråd

Helsetilsynet har i dag følgende fagråd:

Fagråd i psykiatri

Fagråd for høyspesialiserte tjenester

Fagråd for bioteknologi

Fagråd for kvinnehelse.

Direktoratet bør ha ansvaret, herunder sekretariat, for Fagråd for høyspesialiserte tjenester, Fagråd for bioteknologi og Fagråd i psykiatri. Helsetilsynet bør ha tilsvarende ansvar for Fagråd for kvinnehelse.

De to etatene må kunne etablere og nedlegge fagråd etter behov. Det er ikke hensiktsmessig at det etableres flere fagråd e.l. på samme saksområde. Gruppen mener fagrådene må betraktes som fellesressurser for de to etatene, og at begge etatene må kunne be om å få saker behandlet i rådene.

3.18 Tilsyn etter tobakkskadeloven og alkoholloven

Rusmiddeldirektoratet fører tilsyn med reklameforbudet i alkoholloven og med bevillingshavere for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdige drikkevarer som en integrert del av de forvaltningsoppgaver som er delegert etter alkoholloven. Tilsyn og kontroll med bevillingshavere etter lovens kap. 3A følger av tilpasninger til EØS-avtalen. Ingen av tilsynsoppgavene har med sosial- og helsetjenesten å gjøre.

Statens tobakksskaderåd fører tilsyn med reklameforbudet i tobakkskadeloven. Også her retter virksomheten seg mot aktører utenfor sosial- og helsetjenesten.

Etter funksjonsprinsippet om å skille forvaltningsoppgaver og tilsyn bør det vurderes om også de tilsynsoppgavene som ikke berører sosial- og helsetjenesten skal forankres i tilsynsetaten. Dette virker imidlertid ikke hensiktsmessig ut fra to hensyn. Det ene er manglende synergi i å overføres til Helsetilsynets portefølje med tilsyn med personell og tjenester. Det andre er at dette representerer en oppsplitting av et lite kompetansemiljø som har denne funksjonen i dag. Det kan hevdes at den type tilsyn som Rusmiddeldirektoratet og Statens tobakksskaderåd er av en annen art og krever annen kompetanse som knytter an til omsetningskjedene for henholdsvis alkohol- og tobakksvarer.

Formelt sett har Stortinget besluttet at oppgavene som i dag ivaretas av Rusmiddeldirektoratet og Statens tobakksskaderåd skal inngå i Sosial- og helsedirektoratet. Budsjettproposisjonen for 2002 forutsetter det samme.

Gruppen foreslår derfor at dette tilsynet legges til Sosial- og helsedirektoratet.

4. Fordeling av personell og budsjett

Helsetilsynet viser til sine merknader i vedlegg 1.

4.1 Prinsipper for fordeling

Gruppen har lagt til grunn det hovedprinsipp at personellressursene som overføres må tilsvare de personellressursene som har medgått til å løse de aktuelle oppgavene før overføring, og at fordeling av budsjett tilsvarende følger fordelingen av årsverk og oppgaver.

Gruppen har valgt å arbeide med de ressurser som i 2001 er stilt til disposisjon for Helsetilsynet. Forslagene til budsjettfordeling er til slutt i

arbeidet justert for endringene fra tildelte budsjetttrammer i 2001 til forslagene i St.prp. nr. 1 (2001-2002). For øvrig er et ikke tatt hensyn til St.prp. nr. 1 (2001-2002). Når vedtatt budsjett foreligger må de nødvendige tilpasninger foretas i forbindelse med Sosial- og helsedepartementets tildelingsbrev til etatene for 2002.

Gruppen anser forvaltningen av tilskudd som gis til kommunesektoren og private som en klar direktoratsoppgave. Andre midler under 60- og 70-poster, og midler under 01- og 21-poster, bør departementet fordele etter hvor oppgavene til enhver tid er plassert.

Midler under andre budsjettkapitler enn 700 som gjelder lønn og drift ved fylkeslegekontorene foreslås i 2002 tildelt Helsetilsynet, i tråd med etatsledelsesansvaret. Fra 2003 vi slike midler følge de prinsipper for tildeling som da blir fastlagt.

4.2 Grunnlag for fordeling

Helsetilsynet har fremlagt materialet som følger i vedlegg 2, der det fremgår hvor mange årsverk som medgår til den enkelte oppgave i 2001 og hvilken etat som skal løse oppgaven fra 2002. Materialet bygger på kartlegging av den enkelte ansattes oppgaver på skjema som tilsvare det som prosjektsekretariatet for overordnet styringsgruppe har utarbeidet. Den enkeltes utfylte skjema er så drøftet mellom den ansatte og ledernivået og innarbeidet i den samlede oversikt som finnes i vedlegg 2.

Årsverktallet uttrykker hvor mange årsverk som er produsert i 2001, med noen tilpasninger, se under 4.6.2.

Fordelingen av budsjetter, se 4.6.2 og 4.6.3, tar utgangspunkt i materialet som gjelder Helsetilsynets budsjett for 2001. De fordelingene som fremkommer på den måten er justert ift. foreslått ramme for kap. 700 for 2002 i St.prp. nr. 1 (2001-2002).

Helsetilsynet har fremlagt detaljert internbudsjett for 2001, som er brukt for den fordeling som fremgår under pkt. 4.6.3 nedenfor.

4.3 Fordeling av årsverk

Gruppen anbefaler at fordelingen av årsverk under kap. 700 mellom Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet blir som oppført i kolonnen "årsverk" under den enkelte oppgave. Samlet fordeles da 89,8 årsverk under oppgavene 2-43 med 38,1 årsverk til direktoratet, 50,9 årsverk til Helsetilsynet og 0,8 til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Til sammen 50,7 årsverk til faglige og administrative fellestjenester er vurdert spesielt. Her er det lagt til grunn forholdsmessig fordeling som gir 23,5 årsverk til direktoratet og 27,2 til Helsetilsynet.

Det skal tas hensyn til behovet for fellestjenester ifm. bemanning til tilsyn med sosialtjenester i Helsetilsynet fra 2002 i henhold til overføring av ressurser fra SHD.

Av vedlegg 3 fremgår at 16,65 årsverk er dekket i Helsetilsynet i 2001 under andre budsjettkapitler enn 700. Av de 12,95 årsverkene som det er grunnlag for å videreføre i 2002 foreslås 9,15 årsverk overført direktoratet, mens 3,8 årsverk foreslås lagt til Helsetilsynet. Av de 3,8 i Helsetilsynet er 3 årsverk knyttet til oppgaver som avsluttes i 2002, mens ett årsverk er knyttet til sosial- og helseberedskap. Fordelingen på oppgaver fremgår av kolonnen "Årsverk andre budsj.kap." i vedlegg 2.

Etter dette vil den samlede fordelingen være 70,8 årsverk til direktoratet og 81,9 årsverk til Helsetilsynet, foruten 0,8 til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

4.4 Senere fordeling av personer

Delprosjektene skal ihht. sine mandater forberede saksgrunnlaget for fordeling av personer med frist 3. desember til overordnet styringsgruppe. Prosessen er endret ved prosjektskriv 6 av 30.10.2001 om prosessen for innplassering av ansatte i virksomhetene. Arbeidsgruppen har ikke drøftet personfordeling.

Hvilken kompetanse som overføres knyttet til oppgaver er i hovedsak regulert av Hovedavtalen og den fremforhandlede medbestemmelsesavtalen for omorganiseringen. Hovedregelen er at medarbeidere har rett og plikt til å følge sine oppgaver til den institusjon hvor oppgaven plasseres. Dette sikrer at oppgaver ved overføring følges av relevant kompetanse.

Mange av de tilsatte i Helsetilsynet arbeider med en rekke oppgaver, som dels skal overføres til direktoratet og dels ligge i det nye Helsetilsynet.

Gruppen ser at fordeling av personer strengt etter avtaleverket kan resultere i at den ene etaten får flere ansatte enn det er budsjettmidler til, mens den andre får det motsatt. Begge etatene må ha en sammensetning av formalkompetanse og erfaring fra saksområdene som gjør at oppgavene kan løses fra januar 2002. Dette vil trolig innebære at det må gjøres tilpasninger ut fra en samlet vurdering av de aktuelle personenes rettigheter og ønsker, og etatenes stillingstall og behov.

4.5 Hvilken kompetanse som bør overføres og hvilken kompetanse bør bli igjen

Gruppen viser til drøftelsen under kap. 2.3 når det gjelder de generelle synspunktene på behov for og fordeling av kompetanse.

I kolonnen "kompetanse" i vedlegg 2 fremgår den kompetanse som anses nødvendig for å løse den enkelte oppgave. Ved personfordelingen må disse kompetanseelementene dekkes. Det må også legges vekt på at spesifikk erfaring med det enkelte saksområde skal plasseres slik at begge etatene er i stand til å løse oppgavene tilfredsstillende.

4.6 Utgiftskapittel 700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene

4.6.1 Innledning

For gruppens formål er det hensiktsmessig å legge til grunn en tredeling av kap. 700:

1. midler som gjelder fylkeslegene og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH)
2. midler som brukes til lønn i Helsetilsynet
3. andre driftsutgifter i Helsetilsynet.

Midler som gjelder fylkeslegene vil etter forslaget i St.prp. nr. 1 (2001-2002) utgjøre til sammen 138.802.000 med samme fordeling av kap. 700 som i 2001.

Tilsvarende for SAFH vil utgjøre 17,11 mill. kr.

Disse midlene holdes utenfor gruppens forslag til fordeling.

Helsetilsynets budsjett, som skal fordeles, vil som følge av dette være kr 85.088.000.

4.6.2 Lønnsbudsjett

Lønnsbudsjettet foreslås som hovedprinsipp fordelt forholdsmessig ift. fordelingen av årsverk. Helsedirektørembetet holdes utenfor.

I arbeidet med fordelingen av årsverk har gruppen funnet det hensiktsmessig å gjøre noen tilpasninger ift. prinsippet om å telle produserte årsverk. Bl.a. er noen stillinger som er ubesatte, men der stillingsinnehaveren har rettskrav på å gjeninntre, tallet som hel, det samme gjelder noen stillinger der stillingsinnehaveren tiltrådte i ledig stilling tidligere i året m.m. Dette medfører at det fordelte lønnsbudsjettet ikke dekker full lønn hele året til alle de årsverk som er fordelt. Denne underdekningen blir forholdsmessig fordelt mellom etatene.

4.6.3 Andre driftsutgifter

Gruppen har gjennomgått Helsetilsynets internbudsjett for 2001, fordelt på tre kategorier:

1. midler knyttet til bestemte saksområder, f.eks. drift av det enkelte fagråd og honorar til eksterne sakkyndige i tilsynssaker
2. ordinære driftsutgifter som varierer med virksomhetens omfang
3. driftsutgifter som er bundne og ikke varierer med virksomhetens omfang.

I den første kategorien er hver budsjettsum fordelt til én av etatene eller fordelt med bestemt sum til hver.

Den andre kategorien er i hovedsak fordelt forholdsmessig etter årsverk til hver av etatene. Unntak gjelder bl.a. for trykking og porto, der direktoratet overtar en større del pga. ansvaret med å utgi veiledere og trykke blanketter.

Av budsjettet i disse to kategoriene foreslås 12.075.000 kr fordelt til direktoratet, 13.850.000 til Helsetilsynet og 2.425.000 kr til Nasjonalt folkehelseinstitutt (gjelder drift av SYSVAK). Det er ikke gjort justering ift. budsjettforslag for 2002.

I den tredje kategorien er utgiftene for Helsetilsynet i 2001 kr 11.410.000. Dette gjelder lokalleie, renhold, vakthold og strøm. Disse utgiftene reduseres ikke ved at antallet ansatte reduseres. Kontrakt med gårdeier gjelder til 2007. Gruppen har fordelt disse midlene til Helsetilsynet, og forutsetter at departementet sørger for budsjettdekning for ev. endringer.

4.7 Inntektskapittel 3700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene

Av de inntektene Helsetilsynet har i 2001 er intet bevilget av Stortinget, alt er inntekter uten bevilgning der det er gitt merinntektsfullmakt, dvs. adgang til å øke utgiftsbudsjettet med beløp som tilsvarer inntektene. I internbudsjettet for Helsetilsynet er inntektene budsjettetert med ca 5,3 mill. kr.

Det er derfor ikke relevant å overføre inntektene på samme måte som utgiftsbevilgningen. Nedenfor kommenteres de enkelte formålene:

post 03:

- refusjon NORAD: inntektene hører til Helsetilsynet så lenge någjeldende avtaler med NORAD løper, jf. oppgave 31 i vedlegg 2

post 04:

- trykksaker: direktoratet vil få tilsvarende inntekt i 2002 dersom det fortsatt blir tatt betaling for utgivelser som tilsvarer Helsetilsynets veileder- og utredningsserier
- kontorleie Nasjonalt råd som leier lokaler i Calmeyersgate 1: antas å bortfalle i mars 2002, Helsetilsynet får ev. inntekter
- samarbeidsavtaler med Botswana om hiv/aids og kvalitet: inntektene hører til Helsetilsynet så lenge någjeldende avtaler med NORAD løper, jf. oppgave 31 i vedlegg 2

postene 15, 16, 17 og 18: refusjon arbeidsmarkedstiltak, fødselspenger og adopsjonspenger, lærlinger og sykepenger:

- inntekter i 2002 tilfaller den etaten som har arbeidsgiveransvar for vedkommende arbeidstaker

De inntektene Fylkeslegen i Rogaland har fra gebyr ved tilsyn med petroleumsvirksomheten bør tildeles og følges opp fra Helsetilsynet, idet det er tilsynsvirksomhet. For 2001 ble bevilget inntektskrav med kr. 793.000. Normalt blir det noen merinntekter, som disponeres av fylkeslegen.

Autorisasjonskontorets inntektsbudsjett bør tildeles og følges opp fra SHDir, idet Autorisasjonskontoret blir direktoratets underliggende organ. For 2001 ble bevilget inntektskrav med kr. 10.000.000. Det er ikke sannsynlig at det vil bli merinntekter i 2001.

4.8 Budsjettmidler under andre kapitler enn kap. 700 som Helsetilsynet disponerer

I 2001 er Helsetilsynet tildelt til sammen 254,0 mill. kr under andre kapitler enn kap. 700. Spesifikasjon på budsjettkapittel, post og formål innen hver post fremgår av vedlegg 4.

Av disse midlene er 42,6 mill. kr tildelt fylkeslegene, og 20,4 mill. kr tildelt Autorisasjonskontoret.

Av de 254 mill. kr. er 80,4 mill. kr tildelt under 01- og 21-poster, som er beregnet til statens egne utgifter.

Til sammen 174 mill. kr er følgelig tildelt under 60- og 70-poster, som er beregnet på tilskudd til kommuner, fylkeskommuner og private (organisasjoner, bedrifter, personer). Erfaringstall fra 2001 tyder på at ca 15% av disse tilskuddsmidlene benyttes til utgifter til tiltak gjennomført av etaten (reiseutgifter, arrangementer, konsulentonorarer, publikasjoner, informasjonstiltak m.m.), mens de øvrige ca 85% utbetales som tilskudd til kommuner, fylkeskommuner og private (henholdsvis 10,3 og 57,9 av 68,3 mill. kr. regnskapsført i 2001 pr. oktober).

Gruppen har vurdert de enkelte formålene og foreslår fordeling som vist i vedlegg 4, jf. pkt. 6.1 om prinsipper.

Fordelingen vil være veiledende når departementet skal foreta tildeling for 2002.

Vedlegg

1. Helsetilsynets merknader

2. Oversikt over arbeidsoppgaver, kompetanse og årsverk - Helsetilsynet

3. Tilsatte i Helsetilsynet dekket under andre kapitler enn 700

4. Midler under andre budsjettkapitler enn kap. 700 som Helsetilsynet forvalter i 2001

Vedlegg 1 Helsetilsynets merknader

1. Reformens konsekvenser når det gjelder et styrket tilsyn med helse- og sosialtjenestene

Helsetilsynets representanter i arbeidsgruppen vil peke på at gruppen skal ivareta motstridende mål.

På den ene side skal gruppen

- komme frem til et forslag til fordeling av oppgaver og ressurser som det er enighet om, og
- foreslå en oppgave- og ressurstildeling til direktoratet som følger reformens føringer for hva som er direktoratsoppgaver, og som ikke gir det nye direktoratet svakere grunnlag for å løse oppgavene enn Helsetilsynet har hatt.

På den annen side skal gruppens forslag gjøre det mulig å realisere reformens mål om et styrket tilsyn.

Helsetilsynet har hittil kunnet utnytte kompetanse og ressurser på tvers av de mange oppgavene. Den brede oppgaveporteføljen har gjort det mulig å ha medarbeidere som til sammen har erfaring fra mange av helsetjenestenes deler og mange typer formalkompetanse. Ansatte med primæroppgaver knyttet til handlingsplaner eller utredninger for SHD har vært viktige bidragsytere også i tilsynet osv. Denne synergieffekten blir nå borte, uten at det er mulig for Helsetilsynet, innen de ressursrammene som er fordelt i kap. 4, å kompensere for tapet av faglig kompetanse og erfaring.

Det resultat det har vært mulig å oppnå enighet om vil ikke innebære et styrket tilsyn.

Med den samlede størrelsen på Helsetilsynet som følger av kap. 4 vil det være svært krevende å gjøre tilsynsmyndighetene faglig sterke i brukernes øyne. Sårbarheten ved turnover o.l. blir stor og muligheten for bredde i kompetanse etter vår vurdering for liten. Dette kan raskt redusere tilsynsmyndighetenes troverdighet.

I forhold til helsetjenestenes størrelse og risikopotensiale har Helsetilsynet hittil i for liten grad kunnet prioritere proaktivt tilsyn. En robust og faglig sterk sentral tilsynsetat er av stor betydning når sentrale og lokale tilsynsmyndigheter skal overvåke helsetjenestens ytelser og vurdere denne i forhold til befolkningens behov.

Vi vil også peke på mulighetene til å formidle tilsynsorganets erfaringer inn i andre prosesser, departementets og direktoratets arbeid med regelverksutvikling, faglige veiledere m.m. Hvis Helsetilsynet blir svak på dette, får samfunnet mindre igjen for de ressursene som brukes på tilsyn.

Mulighetene for å innfri oppdragsgivernes forventninger vil avhenge sterkt av de tre forhold som er behandlet for seg nedenfor:

- ressursene til tilsynsoppgavene i regional stat, og styringsordningene mellom sentralt og regionalt nivå
- ressursene til tilsyn med statlig eiet spesialisthelsetjeneste
- ressursene til tilsynsoppgaver overfor sosialtjenestene.

2. Tilsynsmyndighetene sentralt og regionalt

Fylkeslegene er etterspurt fra flere sentrale organer. Ressursene strekker ikke til å møte alle forventninger, og fylkeslegene melder at de må gjøre vanskelige prioriteringer. Vi antar at det samme gjelder for fylkesmenenes ressurser rettet mot sosialtjenestene.

Regional stat er i hovedsak det utførende ledd i tilsynet. Skal reformens mål om et styrket tilsyn virkeliggjøres, må regional stats arbeid med tilsynsoppgaver prioriteres i ressursfordeling.

Det er også avgjørende at det etableres styringsordninger som innebærer sikkerhet for at den sentrale prioritering blir fulgt, og at det kan være en direkte og omfattende kontakt mellom Helsetilsynet og fylkeslegene / fylkesmennene.

3. Tilsyn med statlig eiet spesialisthelsetjeneste

Ved statlig overtakelse av det direkte ansvar for spesialisthelsetjenesten blir det en særskilt utfordring å sørge for et faglig sterkt uavhengig tilsyn med denne delen av helsetjenesten. Dette må skje ved at den sentrale tilsynsmyndighet styrker sin kompetanse og innsats på feltet, og ved at det samles kompetanse og ressurser ved enkelte fylkeslegekontorer regionalt.

Tilsyn med de regionale helseforetakene retter seg mot deres plikt til å sørge for at befolkningen tilbys en spesialisthelsetjeneste med riktig kvalitet, god ressursutnyttelse, likeverdighet og tilgjengelighet. For at tilsynsmyndigheten skal kunne påse at de regionale helseforetak oppfyller disse forpliktelser kreves det erfaring fra spesialisthelsetjenesten med særlig vekt på organisasjon og ledelse, kompetanse innen tilsynsmetodikk, helserett og helseøkonomi.

Helsetilsynet vil anbefale

- en modell med en sentral kompetanseenhet i Helsetilsynet
- en viss arbeidsfordeling av oppgavene ved fylkeslegekontorene ved at det i hver region utbygges et nettverk som består i
 - en snevrere regionsykehus tilsynsgruppe
 - en utvidet tilsynsgruppe for spesialisthelsetjenesten.

Dette nettverket bør bygges slik at det blir en kjernegruppe ved de utvalgte fylkeslegekontorene med særlig kompetent personell som kan inngå i tilsynsteamet ved felles tilsyn med sykehus.

For den sentrale enhet vurderes behovet til 7-8 årsverk, hvorav 3-4 årsverk antas å kunne hentes fra Helsetilsynets egen medarbeiderstab etter reorganiseringen.

4. Tilsyn med sosiale tjenester

Helsetilsynet skal etablere et sterkt faglig uavhengig tilsyn på et område hvor det ikke finnes et slikt sentralt tilsynsorgan fra før. Formålet med denne delen av reformen er å bidra til at statlige tilsynsmyndigheter fremstår samlet og med en felles tilsynsmetodikk. Det er etter vår vurdering betydelige utfordringer knyttet til å utvikle et samordnet og godt tilsyn med legitimitet og troverdighet i tjenester som er svært viktige for store og ofte svake grupper.

Vi forutsetter at vi til dette arbeidet vil ha behov for ca 20 nye årsverk. Tjenestene det føres tilsyn med er til dels store (kommunal pleie- og omsorgstjeneste omfatter samlet ca 180.000 tjenestemottakere og 90.000 ansatt) og involverer et bredt spekter av faggrupper. For å oppnå legitimitet er det nødvendig å ha både juridisk, sosial-, helse- og samfunnsfaglig kompetanse og inngående kjennskap til tjenestene.

Videre vil det være behov for erfaring fra arbeid hos fylkeslege/fylkesmann og kjennskap til ulike tilsynsmetoder og kompetanse til å bestille og vurdere forsknings- og registerbaserte data om behov og tjenester. Det er videre behov for kompetanse i styring og oppsummering av fylkesmennenes arbeid med rettighetsklager etter sosialtjenestelovgivningen.

Vedlegg 2 til

Rapport fra arbeidsgruppe for arbeidsfordelingen mellom Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet (avgitt til overordnet styringsgruppe 2. november 2001)

Oversikt over arbeidsoppgaver, kompetanse og årsverk - Helsetilsynet

Overskriftene for hver oppgave dekker store saksområder og er ment å dekke Helsetilsynets virksomhet til sammen. Oppgavene med mindre skrift er de enkeltoppgavene som det er spesielt behov for å nevne ifm. oppgavefordeling, og ikke ment å dekke hele det området som omfattes av vedkommende oppgaveoverskrift (i noen tilfeller gjør de likevel det).

Omtrent alle oppgaver krever kunnskap om saksbehandling etter norske forvaltningsregler, derfor er ”forvaltningskunnskap” og kontorlag som regel ikke eksplisitt ført opp

Nr	Plassering	Årsverk kap. 700	Årsverk andre budsj.kap	Oppgaver	Kompetanse
1		7,1		Ledelse	Helsefag, juss, ledelseskompetanse
2A	Htil	12,0		Behandling av tilsynssak på grunnlag av saker som kommer inn fra fylkeslegene (meldinger, hendelser, klager)	juss, helsefag, kvalitetsteori, revisjonsledelse
2B	Htil	0,0		Overordnet styring av rettighetsklager saker etter pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, smittevernloven som avgjøres av fylkesmennene (2002 også av fylkeslegene)	jus, sosial- og helsefag
3	Htil	4,3		Legge til rette for fylkeslegenes systemrevisjoner, jf.	juss, helsefag, kvalitetsteori,

Fornyelse av den statlige sosial- og helseforvaltningen - vedlegg 2 til

Rapport av 02.10.2001 fra arbeidsgruppen for arbeidsfordelingen mellom Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet

				også oppgave 10	revisjonsledelse
4	Htil	0,3		Legge til rette for og følge opp kommunenes ivaretagelse av deres tilsynsoppgaver	Revisjonslederkompetanse, kommunal forvaltning, miljørettet helsevern, juss.
5	Htil	0,5		Tilsyn med elektronisk baserte helsetjenester Bruk av e-post, Helsenett, rådgivning og annen elektronisk pasientkontakt	Helsefag, juss kvalitetsteori, revisjonsledelse
6	Htil	1,5		Tilsynsmyndighetens avviksoppfølging (påleggssaker som regel reist av fylkeslegene)	Juss, helsefag, kvalitetsteori, forvaltning
7	Htil	4,0		Kartleggingsoppgaver utført av – fylkesleger – Htil – relevante forskningsmiljøer	Juss og helsefag, samfunnsfag, statistisk og epidemiologisk metodekunnskap
8	Htil	4,8		Overvåking og evaluering av helsetjenestens ytelser, organisering og rammebetingelser, i forhold til befolkningens behov – Tilsynsdatabase, revisjonsrapporter, kartleggingsrapporter, . Ha oversikt over andre tilgjengelige datakilder og velge ut data til overvåking – Analysere og bearbeide data – Overvåke ulike sider av helsetjenestens organisering, ulike politiske reformer (effekten av finansieringsformer), handlingsplaner – Vurdere tilbudsdekning innen ulike helsetjenester ift. utviklingen i helsetilstanden – Overvåke og påpeke drivkrefter i samfunnsutviklingen som fører til helserisiko, større ulikhet, og som endrer helsetjenestens rammebetingelser – Meldesentralen	Helsefag, juss, statistikk, epidemiologi, samfunnsfag, forskningskompetanse, organisasjonskunnskap, IT, formidlingskompetanse, kunnskapsforvaltning, dokumentasjonskompetanse, etc.
9	Htil	5,8		Erfaringsformidling og formidling av kunnskap	Helsefag, juss, statistikk, epidemiologi, samfunnsfag, forskningskompetanse,

				<ul style="list-style-type: none"> • fra andre former for overvåking: <ul style="list-style-type: none"> – fra operative tilsyn – fra registre, annen statistikk, forskning, m.v. – Dokumentasjon, kunnskapsinnhenting 	organisasjonskunnskap, IT, formidlingskompetanse, kunnskapsforvaltning
10	Htil	6,8		<p>Helsetilsynets tilsynsledelse og koordinering i forhold til fylkesleger</p> <p>Gi råd / fortolke det regelverket vi forvalter innad i egen etat</p> <p>Oppfølging etter fellestilsyn/system-revisjoner, kartlegginger:</p> <ul style="list-style-type: none"> – evaluere, sammenfatte <p>Metodeutvikling:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Policydokumenter for tilsyn – Saksbehandlingsveileder – Etatsintern opplæring (systemrevisjonsopplæring, helseettsseminar o.l.) – Evaluering og justering av metode og praksis – Harmonisering av praksis og skjønnsutøvelse – Revisjonslederforum, revisjonsledersamlinger – Utvikle og beskrive ulike tilsynsverktøy – Utvikle verktøy for etatens rådgivningsarbeid (kunnskapsinnhenting, systematisering, vurdering og formidling) 	Juss, helsefag, tilsynserfaring, samfunnsfag, organisasjonskunnskap, IT, kunnskapsforvaltning
11A	Htil	0,0		<p>Kontrollkommisjonene</p> <p>bidra til mal for kommisjonenes årsrapporter, bruke rapportene som tilsynsinformasjon</p>	Juss, helsefag
11B	SHDir	0,7		<p>Kontrollkommisjonene</p> <ul style="list-style-type: none"> • forvaltning, rapportering • kompetanseutvikling (årlig konferanse) 	Juss, helsefag
12	Htil	0,2		<p>Samordning / samarbeid med andre tilsynsetater (HMS-etatene, strålevernet, SLV, SNT)</p>	Tilsynserfaring

13	NFI	0,0		Rapportering av helsedata til WHO og andre internasjonale organisasjoner	Som for nr. 9 og 10
14A	Htil	1,4	2	Rådgivning knyttet til tilsyn innen kommunehelsetjenesten <ul style="list-style-type: none"> - kvalitetsrådgiverprogrammet - veiledning i system og organisasjon og om forståelse av myndighetskrav, knyttet til tilsyn (eks. veileder i dokumentasjon og saksbehandling i pleie- og omsorgstjenesten) - bidra til veiledere og implementering 	Juss, helsefag, samfunnsfag tilsynserfaring
14B	SHDir	2,7		Div. rådgivningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten <ul style="list-style-type: none"> - kvalitetsrådgiverprogrammet - retningslinjer for helsetjenester til flyktninger og asylsøkere - omskjæring 	Juss, helsefag, samfunnsfag
14C	Htil/ SHDir	0,0		Rådgivning overfor sosiale tjenester	Juss, sosial- og helsefag, samfunnsfag tilsynserfaring
15A	Htil	1,5		Rådgivning knyttet til tilsyn om somatisk spesialisthelsetjeneste <ul style="list-style-type: none"> - veiledning i system og organisasjon og om forståelse av myndighetskrav - bidra til <ul style="list-style-type: none"> - faglig vurdering av nye sykehus ifm. godkjenning - råd om organisering av de høyspesialiserte tjenester - råd til SHD ifm. godkjenning av laboratorier - utredninger om f.eks. obduksjoner, nyfødtnedisin, søvnproblemer, hørselssentraler, barnerevmatologi, mikrobiologi, utprøvende kreftbehandling, perinatalkomiteer, fagl. krav til 	Juss, helsefag, tilsynserfaring

				<ul style="list-style-type: none"> ambulansetj. - retningslinjer for transfusjonsmedisin - kvalitetsindikatorer - medisinske kvalitetsregistre - div. rådgivning til SHD, andre etater og helsetjenesten. 	
15B	SHDir	4,0	0,25	<p>Annen rådgivning om somatisk spesialisthelsetjeneste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gi en faglig vurdering av nye sykehus ifm. godkjenning • Gi råd om organisering av de høyspesialiserte tjenester • Råd til SHD ifm. godkjenning av laboratorier • Utredninger om f.eks.: Obduksjoner, nyfødttmedisin, søvnproblemer, hørselssentraler, barnerevmatologi, mikrobiologi, utprøvende kreftbehandling, perinataalkomiteer, fagl. krav til ambulansetj • Retningslinjer for transfusjonsmedisin • Kvalitetsindikatorer, medisinske kvalitetsregistre • Div. rådgivning til SHD/andre etater/helsetjenesten 	Juss, helsefag,
16A	Htil	1,4		<p>Rådgivning knyttet til tilsyn innen psykisk helsevern</p> <ul style="list-style-type: none"> – veiledning i system og organisasjon og om forståelse av myndighetskrav – operasjonalisere myndighetskrav knyttet til bruk av tvang i psykisk helsevern – bidra med råd om organisering av spesialiserte tjenester i psykisk helsevern – div. rådgivning til SHD/andre etater/helsetjenesten 	Helsefag, juss, tilsyns-erfaring
16B	SHDir	2,5		<p>Annen rådgivning om psykisk helsevern</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gi råd om organisering av spesialiserte tjenester i psykisk helsevern 	Helsefag, juss,

				<ul style="list-style-type: none"> – Div. rådgivning til SHD/andre etater/helsetjenesten – bistand til Regjeringsadvokaten i rettssaker innen psykisk helsevern 	
17A	Htil	0,2		<p>Regelverksutvikling</p> <ul style="list-style-type: none"> - regelverksutvikling Helsetilsynet overfor SHD tar initiativ til med grunnlag i tilsynserfaring og annen kunnskap i etaten - bidrag basert på tilsynserfaring til lov- og forskriftsarbeid forankret i SHD og direktoratet - bidrag på forespørsel til regelverksutvikling under andre departementer 	Juss, helsefag
17B	SHDir	0,4		<p>Regelverksutvikling</p> <ul style="list-style-type: none"> – forberede og vedta endringer i forskrifter der delegeringsskriv legger myndigheten til SHDir – bidrag til lov- og forskriftsarbeid forankret i SHD – bidrag på forespørsel til regelverksutvikling under andre departementer – lov- og forskriftsarbeid Helsetilsynet i dag leder og utfører fordi SHD ikke har kapasitet til å ha forankringen selv 	juss, helsefag
18	SHDir	0,7		<p>Rådgivning om system for faglige retningslinjer og kunnskapshåndtering</p> <p>Lede bredt sammensatt nettverksgruppe som har utarbeidet rapport til SHD om styrket og samordnet arbeid med faglige retningslinjer for å bidra til bedre praksis og kvalitetsforbedring i helsetjenesten</p>	helsefag

19A	Htil	0,2		Helseregistre • tilsyn etter helseregisterloven	Helsefag, epidemiologi, juss
19B	SHDir	0,4		Helseregistre • forvaltning av helseregisterloven	Helsefag, epidemiologi, juss
19C	NFI (ny kategori)	0,5		Forvaltning av epidemiologiske registre • forvaltning av registre (eierrollen, drift)	Helsefag
20	ut fra Htil	0,3		Arbeid med kodeverk og klassifikasjoner	Helsefag
21	SHDir	0,5		Behandle søknader fra helsepersonell om dispensasjon fra taushetsplikten – i forbindelse med rettssaker – i forbindelse med bruk av data til forskningsprosjekter	Juss, helsefag Må kunne vurdere forsknings-prosjekt
22A	Htil	0,2		Medisinsk bruk av bioteknologi – tilsyn	Helsefag, biotekno-logi, juss
22B	SHDir	1,7		Medisinsk bruk av bioteknologi – godkjenning og rapportering – sekretariat for fagråd for medisinsk bioteknologi	
23A	Htil	0,4	1	Helsemessig beredskap – tilsyn og rådgivning i forhold til beredskapskrav og ROS analyser etc – erfaringsformidling / rådgivning til departementet og kommuner - bidrag til regelverksutvikling	Helsefag, juss, beredskapskom-petanse
23B	SHDir	1,0	1	Helsemessig beredskap – erfaringsformidling / rådgivning til departementet og kommuner - bidrag til regelverksutvikling – vurdering av behovet for statlig ”restberedskap” innen legemidler og materiell	Helsefag, juss, bered-skapskom-petanse

				<ul style="list-style-type: none"> – forvaltning av eksisterende statlige beredskapslagre - tilskuddsforvaltning 	
24A	Htil	0,2		Prehospital akuttmedisin <ul style="list-style-type: none"> – Tilsyn og rådgivning knyttet til tilsyn 	Helsefag, juss, bered-skapskom-petanse
24B	SHDir	0,3		Prehospital akuttmedisin <ul style="list-style-type: none"> – Rådgivning, veiledning til Samferdselsdept., andre nødetater, fylkeskommuner og kommuner 	Helsefag, juss, bered-skapskom-petanse
25A	Htil	0,1		Medisinsk nødmeldetjeneste, helseradionettet <ul style="list-style-type: none"> – tilsyn og rådgivning knyttet til tilsyn 	Helsefag, juss, bered-skapskom-petanse
25B	SHDir	0,4		Medisinsk nødmeldetjeneste, helseradionettet <ul style="list-style-type: none"> – regelverksforvaltning, kravspesifisering, dispensasjonssøknader – godkjenning av utstyr - tilskuddsforvaltning 	Helsefag, juss, bered-skapskom-petanse
26A	Htil	0,6	0,8	Smittevernoppgaver <ul style="list-style-type: none"> • Tilsyn og rådgivning knyttet til tilsyn • slutføring av Prosjekt smittevern i kommunene 	Helsefag, juss tilsyns-erfaring
26B	SHDir	3,2		Smittevernoppgaver <ul style="list-style-type: none"> • Løpende smittevernvurdering • Rådgivning og veiledning vedr. smittevern (publikasjoner) • Hiv/aidsarbeidet relatert til handlingsplanen • se pkt. 43 	Helsefag, juss
27A	Htil	0,1		Sykehushygiene <ul style="list-style-type: none"> • Tilsyn med smittefarlig avfall i helseinstitusjoner • følge opp rapportering av sykehusinfeksjoner 	Helsefag
27B	NFI	0,0		Sykehushygiene <ul style="list-style-type: none"> – utdanning av sterilsentralledere 	Helsefag

28	SHDir	3,6	<p>Medisinsk utstyr</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tilsyn med tekniske kontrollorgan: – Delta i EU-kommisjonens møter/arb.grupper vedr. tilsyn med tekniske kontrollorgan (NBOG) • Delta i globalt harmoniseringsarbeid rel. til tilsyn med m.u. – GHTF • Tilsyn med produsenter av klasse I og ind.tilpasset m.u. • Følge opp henvendelser/meldinger som tyder på feilaktig CE-merking/alvorlig regelverksbrudd.Håndtering av melding om svikt • Regelverksutvikling, -implementering og -forvaltning • Motta meldinger om produktsvikt eller tilbakekalling innkommet fra helsetjenesten, forhandlere eller andre europeiske myndigheter • kontakte produsent eller norsk forhandler sjekke om produktet er solgt i/til Norge – i så fall påse at produsent har truffet adekvate tiltak, evt. gi pålegg • I alvorlige tilfeller (når kriterier oppfylt): varsle i det europeiske vigilance-systemet • Registrere meldingene i database • Følge med på utvikl. av EUs regelverk for produkter m/ innhold av humant & animalsk vev samt blodkomponenter • Implementering av EU-direktiv 98/79 om in vitro diagn. prod. • Behandle meldinger om klinisk utprøving • Utstedt free sales certificates • klassifiseringssaker • Følge opp drift av nasjonalt utstysregister 	Helsefag, juss, revisjons-metodikk og annen tilsyns-erfaring, språk
----	-------	-----	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> • Delta i utvikl. av europeisk database – EUDAMED • Standardiseringsarbeid • Delta i EUs Medical Devices Experts Group • Følge opp gjensidige anerkjennelsesavtaler i hht pålegg fra SHD (MRA'er) 	
29A	Htil	0,8		<p>Legemiddelområdet Tilsynsrelaterte oppgaver</p> <ul style="list-style-type: none"> – Overordnet tilsyn på legemiddelområdet – Tilsynssaker; personell, virksomheter/tjenester – Veiledning/rådgivning i tilknytning til tilsyn og forsvarlig/god anvendelse/forskrivning, for eksempel: <ul style="list-style-type: none"> – legemiddelassistert rehabilitering og vanedannende legemidler – prevensjonsproblematikk – antibiotika og antibiotikaresistensproblematikk – sentralstimulerende midler; ADHD barn og voksne, andre indikasjoner; evalueringsrapporter, preparatvalg – Forskrivningsstatistikk A-resepter, bl.a. i forbindelse med tilsynssaker 	Helsefag, juss
29B	SHDir	0,6		<p>Legemiddelområdet Oppgaver av utøvende eller iverksettende karakter</p> <ul style="list-style-type: none"> – handlingsplanen for sikrere legemiddelbruk – Oppfølging handlingsplanen for antibiotika – Observatør-rolle i spesialitetsnemnda, Statens legemiddelverk – Produksjon og utsending av A-resepter – Tildeling av teknisk sprit – Tildeling av stipendier til farmasøytisk etterutdanning 	Helsefag, juss

				<ul style="list-style-type: none"> – Oppgaver i forbindelse med skipsmedisinforskriften – Gjenværende oppgaver på dopingområdet – Oppgaver knyttet til legemiddelområdet innenfor statlig helseberedskap 	
30A	Htil	0,6		<p>Tannhelse</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tilsyn og rådgivning knyttet til tilsyn – systemrevisjoner innen tannhelsetjenesten 	tannlege, tannpleier, juss
30B	SHDir	1,6		<p>Tannhelse</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lage årsmelding for tannhelsetjenesten (overtas nå av SSB) – Oppfølging av IK-2652 om tannrestaureringsmaterialer (bl.a. vurdere hvordan NIOM kan føre tilsyn med tannrestaureringsmaterialer) – Følge opp utredningen om spesialisttjenester innen tannhelse – Holde kurs for etterutdanning av tannleger innen off. tannhelsearbeid – Prosjektstyring FUTT-prosjektet 	tannlege, tannpleier, juss
31	Htil	1,5		<p>NORAD-avtaler</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bistand til NORAD ifm. tilsyn med helsetjenester i samarbeidsland – Bistand etter oppdrag fra DU/NORAD, deltakelse i råd, konferanser, prosjektbesøk – Avtalen om institusjonssamarbeid Botswana - Norge 	Helsefag, samfunnsfag, tilsynskompetanse
32	SHDir (Tidl. ikke fordelt)	1,0		<p>Internasjonalt arbeid - bistand til SHD/UD om WHO og Europarådet m.v.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bistand til SHD etter forespørsel til prosesser i WHO (WHA, regionalmøtene) – Europarådet – WHO Fellowships - ta imot utenlandske 	Helsefag, samfunnsfag

				<p>helsearbeidere i Norge og tilrettelegge besøk</p> <ul style="list-style-type: none"> - ministerkonferansen - NOMESKO 	
33	Htil (Tidl. ikke fordelt)	0,1		<p>Internasjonalt arbeid - bistand til SHD/UD om WHO og Europarådet m.v.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helsetilsynets eget faglige samarbeid med tilsvarende institusjoner internasjonalt - Barentssamarbeidet - mastergradsstipend, behandle søknader 	Helsefag, samfunnsfag
34	Htil	0,5		<p>Oppfølging av NOU om kvinnehelse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilsyn med helsetjenesten og overordnet faglig tilsyn - avslutning av prosjektbistand til helsetjenesten 	Samfunnsfag Helsefag
35	SHDir	1,6		<p>Godkjenning og autorisasjoner</p> <p>Helsepersonell</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delegert til SAFH, jf. oppgave 45 - Klageinstans for avgjørelser i visse turnussaker <p>Opptreningsinstitusjoner</p> <p>Institusjoner for bruk av tvang i psykiatrien</p> <p>Dispensasjon fra forskriften om faglig ansvarlige ved inst. i psykisk helsevern</p> <p>Forskrivning av sentralstimulerende midler</p> <p>Stillinger ved BUP og PUT</p> <p>Godkjenning av leger som kan rekvirere proteser m.m.</p> <p>Godkjenning av dykkerleger - overført FLRO</p>	Juss, helsefag

				Medisinsk nødmeldetjeneste se pkt. 25	
				Bioteknologiloven: dele, se pkt. 22	
36	SHDir	0,8		Råd til SHD og KUF ifm. utdanning av helsepersonell	Helsefag
37A	Htil	0,4		Fengselshelsetjenesten – tilsyn og rådgivning basert på tilsynserfaring	Helse- og sosialfag, juss
37B	SHDir	0,3		Fengselshelsetjenesten – Rådgivning – kompetanseoppbygging - tilskuddsmidler	Helse- og sosialfag, juss
38	SHDir	1,3		Klager på avslag på dispensasjon fra førerkortsaker	Helsefag, juss
39	SHDir	0,1		Div. yrkesmedisinske saker – Klagesaker vedr. forhyringsnekting av sjøfolk av medisinske grunner (skal overtas av Sjøfartsdirektoratet) – Klagesaker for fly-personell som nektes tjeneste av medisinske grunner (bør overtas av en luftfartsmyndighet)	Helsefag, juss, tilsynserfaring
40A	Htil	0,2		Miljø og helse – tilsyn og rådgivning knyttet til tilsyn	Miljø- og helsekompetanse Kommunal forvaltning Prosjektledelse, juss
40B	SHDir	1,3	1,5	Miljø og helse – Rådgivning og veiledning til SHD om folkehelsearbeid – Bidra til regelverksutvikling innen miljørettet helsevern – Utvikling av veiledningsmateriell til nye forskrifter innen mhv (tilskuddsfinansiert kap. 719) – Veiledning til kommuner om arbeidet med å holde oversikt over forhold som påvirker helse, helse i planarbeid – Veiledning til andre sektorer om å ta helsehensyn i	Miljø- og helsekompetanse Kommunal forvaltning Prosjektledelse, juss

				planarbeid og drift (høringssaker, konsekvensutredninger, etc.)	
41A	NFI	0,3		Ulike oppgaver som ikke er knyttet til tilsyn eller tilsynserfaringer – Lede bl.a. styringsgruppen NORCAPP	
41B	SHDir	3,6		Ulike oppgaver som ikke er knyttet til tilsyn eller tilsynserfaringer – 400-års jubileum for det offentlige helsevesenet – Utvikle prioriteringskriterier (oppfølging av Lønning II) – Steriliseringsrådet – Organisering av hjemhenting av pasienter fra utlandet – Rådgivning til Justisdept vedr billighetserstatning – Rådgivning til ligningsmyndighetene i skattesaker – Fortolkning, rådgivning, utredning ifm. regelverksforvaltning på helserettens område – fortolkning av vederlagsforskriften	Helsefag, samfunnsfag, juss prosjektledelse, økonomiforvaltning
42	SHDir (utgår)	0,0		Diverse oppgaver innen helserett – se pkt. 41B	juss
43	SHDir	3,8	6,4	Gjennomføring av handlingsplaner – Handlingsplan for helse- og sosialpersonell – Opptrappingsplan psykisk helse – Handlingsplan for eldreomsorgen – Handlingsplan for sikrere legemiddelbruk	Rådgivning, ulike helsefag, samfunnsfag, økonomiforvaltning

				<ul style="list-style-type: none">– Forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999-2003– Prosjekt videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten– Handlingsplan mot antibiotikaresistens– Statlig tiltaksplan for oppfølging av IT-handlingsplanen "Mer helse for hver bIT"– Nasjonal kreftplan	
--	--	--	--	---	--

Faglige fellestjenester

Nr		Årsverk kap. 700		Oppgaver	Kompetanse
44A		3,2		IKT-tjenester Drift av Htils servere, sikkerhetsadministrasjon, brannmur, virusbeskyttelse, sikker sone og teknisk drift Drift av nett, vedlikehold og utvikling av sentrale systemer Daglig brukerstøtte, opplæring Andre systemutviklingsoppgaver	Driftskompetanse Nettverkskompetanse Sikkerhetskompetanse Databasekompetanse Systemeringskompetanse Teknisk kompetanse Brukerstøtte og opplæringskompetanse
44B		2,3		Informasjonsformidling - andre oppgaver Intern støtte til utadrettet informasjon ved mediekontakt / pressekontakt og håndtering av pressehenvendelser Publisering og redaksjon av dokumenter på Internett og Intranett	Journalistikk ITkompetanse
44C		2,6		Bibliotekstjenesten <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasjon, kunnskapsinnhenting, ha tjenlig referanseverktøy og lære opp ansatte i bruken av dette • Ivareta ansvar som WHO dokumentasjonssenter i Norge • Delta i vedlikehold og videreutvikling av Htils interne og eksterne nettsider 	Bibliotekfaglig kompetanse Informasjonsforvaltningskompetanse Kontorteknisk kompetanse

Administrative fellestjenester

Nr		Årsverk kap. 700		Oppgaver	Kompetanse
45A		8,7		Forværelsestjeneste + arbeid relatert til dokumentasjon av helsepersonells tidligere autorisasjonsforhold (HPR + manuelt arkiv)	Kontorfaglig kompetanse Lang erfaring, god oversikt over etaten
45B		5,1		Fellestjenester - personal <ul style="list-style-type: none"> • Personalpolitikk • Lønnspolitikk, lønnsforhandlinger, lønn • Personalforvaltning og medbestemmelsesapparatet • Kompetanse- og organisasjonsutvikling • Ledelsesutvikling og lederevaluering 	Erfaring fra personalområdet i staten Pedagogisk bakgrunn og erfaring Juss
45C		0,4		Sikkerhet, intern beredskap og HMS	Forvaltningserfaring, formidlingskompetanse
45D		3,5		Felles serviceoppgaver <ul style="list-style-type: none"> • Sikre et godt fysisk arbeidsmiljø • Hindre at uvedkommende får adgang til våre lokaler • Ivareta forebyggende brannvern og brannsikkerhet • Sikre at kontorteknisk utstyr er vedlikeholdt og oppgradert • Sikre at service og forsyningstjenester fungerer 	Teknisk kompetanse, bransje kunnskap, erfaring fra brannvernarbeid og fra serviceyrke, innkjøpskompetanse, økonomiforvaltning, forvaltningskunnskap generelt
45E		1,5		Trykksakproduksjon/ distribusjon	Grafisk kompetanse, bransjekunnskap, økonomiforvaltning

45F		7,5		Arkivtjenester	Arkivfaglig kompetanse, edb-kunnskap, forvaltningsmessig innsikt, innsikt i institusjonens saksområde
45G		1,5		Styringsprosesser - etatsledelse – St.prp.nr. 1, tildelingsbrev, virksomhetsplan, faste møter, ledelsesrådgivning – Staten er de 19 fylkeslegekontorene Statens helsetilsyn (i 2001 også Autorisasjonskontoret)	Økonomisk og annen samfunnsfaglig kompetanse, generell forvaltningskompetanse, organisasjon og ledelse
45H		6,3		Økonomi – regnskap og annen økonomiforvaltning – løpende økonomi-rapportering	Økonomifag
45I		1,0		Kvalitetsledelse (kvalitets-koordinatoroppgaven) – bistå ledernivåene med utvikling av etatens kvalitets- og styringssystem – opplæring innen kvalitets- og styringssystem	Tilsynsfag, kvalitetspolitikk og -systemer, generell forvaltningskompetanse, organisasjon og ledelse

Sum årsverk 140,5

Vedlegg 3 til

Rapport fra arbeidsgruppe for arbeidsfordelingen mellom Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet (avgitt til overordnet styringsgruppe 2. november 2001)

Årsverk i Helsetilsynet dekket under andre budsjettkapitler enn 700

Årsverk / stillinger som løper i 2002

Oppgave nr. i vedl. 2	Kap / post	Årsverk	Beskrivelse	legges til SHDir	legges til Htil
14A	675, 21	2,0	Prosjekt dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenesten (utløper 01.03.2002)		2
15B	739, 21	0,25	Fagrådet for høyspesialiserte tjenester	0,25	
23A	797, 01	1,0	Beredskap		1
23B	797, 01	1,0	Beredskap	1	
26A	719, 70	0,8	Prosjekt smittevern i kommunene		0,8
40B	719, 21	1,0	Utarbeidelse av veiledere til ny forskrift om miljørettet helsevern	1	
40B	719, 21	0,5	Miljørettet helsevern	0,5	
43	743, 70	0,4	Handlingsplan for forebygging av selvmord	0,4	
43	719, 21	1,0	Veileder helsestasjons- og skolehelsetjenesten	1	
43	743, 21	5,0	Oppfølgingen av St. melding nr. 25 - psykiatri	5	
SUM		12,95		9,15	3,8

Årsverk som utløper 31.12.2001 (til orientering)

Oppgave nr. i vedl. 2	Kap / post	Årsverk	Beskrivelse
14A	675	0,50	Veileder helsetjenestetilbudet til eldre
14A	701, 21	1,00	Nasjonal strategi
16B	743, 21	0,20	Fagutvalgssekretær - psykiatri
43	719, 70	1,00	Handlingspl. for forebygging av uønskede svangersk. og abort
43	719, 70	1,00	Tilrettelegging for utgivelse av publikasjoner og brosjyrer
SUM		3,7	

Vedlegg 4 til rapport fra arbeidsgruppen for arbeidsfordeling mellom Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet - avgitt til overordnet styringsgruppe 1. november 2001

Midler under andre budsjettkapitler enn kap. 700 som Helsetilsynet forvalter i 2001

Oversikten omfatter både tildelinger i Sosial- og helsedepartementets tildelingsbrev og senere tildelinger.

"Beløp fordelt på formål" og "Beskrivelse av formål" er fra Helsetilsynets interne disponeringsnotater.

beløp i hele tusen kroner

<i>Kap./post</i>	<i>Tildelt beløp på post</i>	<i>Plasseres</i>	<i>Beløp fordelt på formål</i>	<i>Beskrivelse av formål</i>
675-21	950	Htil Htil	260 690	Veileder helsetjenester for eldre, avsluttes 01.03.2001 Veileder for saksbehandling og dok.system for den komm. PLO-tjenestene, avsluttes 01.03.2001
701-21	19.335	SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir delt SHDir SHDir	1.000 55 2000 100 4.100 11.900 380 400	Handlingsplan riktig legemiddelbruk Samfunnsodontologisk forum Forsøk med utvidet komm. tannh.tilbud Bruk av tannrestaureringsmateriale Beredskapsarbeid, NMD Kvalitetsutvikling i helsetjenesten, herav 10.969 til fylkeslegene, rest i Htil 931 Samarbeidsprosjekt primærlegetj. - RiTø 400-årsjubileum for offentlig helsevesen
703-01	400	SHDir	400	Kompetansebygging i fengselshelsetj
705-60	4.040	SHDir SHDir SHDir SHDir	50 40 3.450 500	Veiledningsordning turnusleger/ nyutd. Språkkunnskaper utenlandsk helsepers. Veiledningsordning turnusleger/ nyutd. Utdanning av samf.med. i Finnmark
705-61	21.150	NFI SHDir	750 20.400	Sterilsentralledere Turnustjeneste i sykehus
705-71	1.030	SHDir SHDir Htil	500 300 230	Kompetansehevende tiltak til helsestasjons- og skolehelsetjenesten Kompetansehevende tiltak PU WHO stipendier
719-01	250	SHDir	250	Abort- og steriliseringsnemnder

<i>Kap./ post</i>	<i>Tildelt beløp på post</i>	<i>Plass- eres</i>	<i>Beløp fordelt på formål</i>	<i>Beskrivelse av formål</i>
719-21	3.300	SHDir SHDir Htil	500 900 1.900	Veileder helsestasjons- og skolehelsetj. EDB-basert journal Forebyggingsrådgiverne
719-70	12.071	SHDir Htil	11.771 300	Handlingsplan mot HIV/AIDS Styrking av smittevernet i kommunene
719-71	10.000	SHDir SHDir	8.000 2.000	H.plan foreb. uønskede svangerskap Abortforebyggende tiltak
730-67	3.000	Htil	3.000	Ressursenter for seksuelt misbrukte barn
739-21	5.400	SHDir SHDir SHDir	500 2.900 2.000	Høyspesialiserte sykehustjenester Medisinsk nødmeldetjeneste Medisinske kvalitetsregistre
739-65	90	SHDir	90	Nasjonal kreftplan
739-74	8.900	SHDir	8.900	Reise- og flytteutgifter turnuskandidater
742-01	20.400	SHDir	20.400	Kontrollkommisjonene / oppfølging kontrollkommisjonene
742-60	3.800	SHDir	3.800	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter
743-21	18.980	SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir Htil SHDir SHDir Htil	1.050 600 500 650 750 500 600 250 580 1.000 500 500 11.500	Sekretariat for omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern mv Fagråd i psykiatri Psykiatrirådgiverne Bearbeiding og oppfølging av utredning om kompetansebehov Oppfølging arbeidsform/produktivitet i poliklinikker Oppf. og utredning DPS, St.meld. nr 25 Trykking/distribusjon av 6 veiledere Kartlegging av psykisk utv.h. med atferdsproblemer /psyk. lidelser Utredning av nødvendig helsetjenester til psykisk traumatiserte grupper Barn og unge – seksuelle overgrep Godkj. av inst. med ansvar for tvungen helsevern Møte i WHO/ Euro Mental Health program Psykiatrirådgiverne

<i>Kap./ post</i>	<i>Tildelt beløp på post</i>	<i>Plass- eres</i>	<i>Beløp fordelt på formål</i>	<i>Beskrivelse av formål</i>
743-60	15.800	SHDir SHDir SHDir SHDir	2.500 10.000 3.000 300	ADHD Økt rekruttering/utdanning av psykiatere Obligatorisk tjeneste i pediatri til spesialiteten i barne- og ungdomspsyk. Hormonbehandling av sedelighetsdømte, prosj. 807700
743-61	600	SHDir	600	Psykososialt arbeid flyktninger, asylsøk.
743-62	42.000	SHDir SHDir	26.000 16.000	Tilskudd til kommuner, videreutdanning psyk. helse for høyskoleutdannede Kompetanseheving i kommuner, schizofreni, spiseforstyrrelser
743-70	50.660	SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir SHDir	6.600 560 100 12.000 2.200 7.000 2.300 500 1.000 4.200 7.700 3.000 1.500 1 000 1.000	Forsknings- og utvikl.program for tidlig intervensjon ved psykose Registrering psyk. pasienter, NIS-prosj. Årsaker til kapasitetsproblemer ved akuttavd. innen psyk. helsevern Instituttene. Etter- og videreutdanning Foreningene. Etter- og videreutdanning Kompetansetiltak i komm. sektor og nettverksutdanning Nasjonale/regionale samlinger/ konferanser med kommunerådgivere Helsetjenester til psykisk traum. grupper Kompetansehevende tiltak som oppfølging av St.meld. 25 Spiseforstyrrelser Oppfølgingsprosjektet - tiltak mot selvmord Lokale etterutdanningstiltak for kommunesektoren/org. Nasjonale/regionale samlinger/konf. med kommunerådgiverne Oppfølg.prosj. - tiltak mot selvmord Støtte til seksuelt misbrukte barn
751-70	500	SHDir	500	Stipendier
797-01	9.372	SHDir SHDir	9.222 150	Helseberedskap Helseberedskap