



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2019–2020)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2020

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2019–2020)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2020

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

Innhold

Del I	Innledende del	9	Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning	153
1	Helse- og omsorgspolitikken ...	11	Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning	155
2	Profilen i budsjettforslaget	19	Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	155
3	Oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak	29	Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	157
Del II	Budsjettomtaler	61	Kap. 744 Direktoratet for e-helse	158
4	Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.	63	Kap. 745 Folkehelseinstituttet	161
	Programområde 10 Helse og omsorg	63	Kap. 3745 Folkehelseinstituttet	166
	<i>Programkategori 10.00</i>		Kap. 746 Statens legemiddelverk	166
	<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i>	63	Kap. 3746 Statens legemiddelverk	170
	Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet	64	Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	171
	Kap. 701 E-helse, helseregistre mv.	65	Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	176
	Kap. 3701 E-helse, helseregistre mv.	71	Kap. 748 Statens helsetilsyn	176
	Kap. 702 Beredskap	71	Kap. 3748 Statens helsetilsyn	181
	Kap. 703 Internasjonalt samarbeid	74	Kap. 749 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten ...	181
	Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid	76	<i>Programkategori 10.60 Kommunesenesten</i> ...	183
	Kap. 704 Helsearkivet	77	Kap. 761 Omsorgstjeneste	187
	Kap. 3704 Helsearkivet	78	Kap. 762 Primærhelsetjeneste	213
	Kap. 708 Eldreombudet	78	Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold	233
	Kap. 709 Pasient- og brukerombud	79	Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.	257
	<i>Programkategori 10.10 Folkehelse mv.</i>	81	<i>Programkategori 10.70 Tannhelse</i>	260
	Kap. 710 Vaksiner mv.	82	Kap. 770 Tannhelsetjenester	262
	Kap. 3710 Vaksiner mv.	83	<i>Programkategori 10.80</i>	
	Kap. 712 Bioteknologirådet	84	<i>Kunnskap og kompetanse</i>	267
	Kap. 714 Folkehelse	84	Kap. 780 Forskning	268
	Kap. 3714 Folkehelse	91	Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.	271
	Kap. 717 Legemiddeltiltak	92	Kap. 783 Personell	274
	Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	94	Programområde 30	
	Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet	95	Helsetjenester, folketrygden	279
	<i>Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester</i>	97	<i>Programkategori 30.10</i>	
	Kap. 732 Regionale helseforetak	99	<i>Spesialisthelsetjenester mv.</i>	280
	Kap. 3732 Regionale helseforetak	133	Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.	280
	Kap. 733 Habilitering og rehabilitering	134	<i>Programkategori 30.50 Legehjelp</i>	286
	Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	136	Kap. 2751 Legemidler mv.	286
	Kap. 737 Historiske pensjonskostnader	141	Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling	289
	<i>Programkategori 10.40</i>		Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.	291
	<i>Sentral helseforvaltning</i>	143	Kap. 2756 Andre helsetjenester	295
	Kap. 740 Helsedirektoratet	144	<i>Programkategori 30.90 Andre helsetiltak</i>	297
	Kap. 3740 Helsedirektoratet	152	Kap. 2790 Andre helsetiltak	297

Del III	Omtale av særlige tema	299	9	Helhetlig samhandling og felles kommunal journal	330
5	Spesialisthelsetjenesten	301	10	Internasjonalt samarbeid	331
6	Utviklingstrekk i omsorgstjenesten	316	11	Administrative fellesomtaler ...	338
6.1	Brukere av helse- og omsorgstjenestene	316	11.1	Fornye, forenkle og forbedre	338
6.2	Personell	317	11.2	Oppfølging av likestillings- og diskrimineringslovens krav om å gjøre rede for likestilling	339
6.3	Botilbud	318	11.3	Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter	342
6.4	Kommunenes utgifter til omsorgstjenester	318	12	Sektorovergripende klima og miljøpolitikk	344
7	Utviklingstrekk i folketrygden .	320	Forslag		346
8	Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg 21	324			

Figuroversikt

Figur 5.1	Fordeling av råd i 21 saker Ekspertpanelet har vurdert i 2018	307	Figur 7.2	Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler på blå resept, inkludert egenandeler på frikort på perioden 2009–2018 (beløp i mrd. kroner) .	321
Figur 6.1	Beboere i helse- og omsorgsinstitusjoner og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 2009–2018	316	Figur 7.3	Folketrygdens refusjoner til tannbehandling for perioden 2009–2018	321
Figur 6.2	Antall mottakere av hjemmesykepleie eller praktisk bistand 2009–2018	317	Figur 7.4	Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2009–2018	322
Figur 7.1	Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelsordningene i perioden 2009–2018 (beløp i mrd. kroner)	320	Figur 7.5	Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2009–2018	322

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år	19	Tabell 4.3	Endring i basisbevilgning i 2020 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør	119
Tabell 3.1	Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak	29	Tabell 4.4	Gjennomsnittlig tre-årslige beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak	124
Tabell 4.1	Fordeling av tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering (mill. kr)	112	Tabell 4.5	Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten	124
Tabell 4.2	Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2019 og 2020	118			

Tabell 4.6	Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kr)	125	Tabell 4.22	Utgifter dekket over egenandelstak 1 2017–2018 (mill. kroner)	290
Tabell 4.7	Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2018 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kr)	126	Tabell 4.23	Utgifter til allmennlegehjelp 2017–2018 (mill. kroner)	292
Tabell 4.8	Investeringslån 2018–2020	130	Tabell 4.24	Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2017–2020 (mill. kroner)	293
Tabell 4.9	Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kroner)	133	Tabell 4.25	Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2017–2018 (mill. kroner)	293
Tabell 4.10	Oversikt over innbetalte renter i 2018 fordelt på regionale helseforetak (mill. kr)	133	Tabell 4.26	Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2017–2020 (mill. kroner)	294
Tabell 4.11	Foreslåtte tilskuddssatser i 2019 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser	203	Tabell 5.1	Ventetider og fristbrudd	301
Tabell 4.12	Foreslåtte tilskuddssatser i 2020 for investeringstilskuddet til lokalkjøkken	205	Tabell 5.2	Tid til tjenestestart	302
Tabell 4.13	Årlig opptrapping til rusfeltet i mill. kroner	236	Tabell 5.3	Passert planlagt tid	302
Tabell 4.14	Avtalte årsverk i tannhelse-tjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor	261	Tabell 5.4	Pakkeforløp kreft samlet for 2018 (pst.)	303
Tabell 4.15	Fylkeskommunenes brutto og netto driftsutgifter til tannhelse-tjenester (mrd. kroner)	262	Tabell 5.5	Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2018 (mill. kr)	310
Tabell 4.16	Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2017–2020 (mill. kroner)	281	Tabell 5.6	Budsjettert økonomisk resultat i 2019 (mill. kroner)	310
Tabell 4.17	Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2017–2020 (mill. kroner)	282	Tabell 5.7	Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2018	311
Tabell 4.18	Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2017–2020 (mill. kroner)	282	Tabell 5.8	Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2020–2023 (mill. kr)	312
Tabell 4.19	Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2017–2020 (mill. kroner)	282	Tabell 6.1	Årsverk i omsorgstjenestene 2009–2018	318
Tabell 4.20	Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2017–2018 (mill. kroner)	285	Tabell 6.2	Legeårsverk i institusjon	318
Tabell 4.21	Folketrygdens utgifter til legemidler de siste fem årene (mill. kroner)	288	Tabell 6.3	Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelse-tjenester (mill. kroner) 2009–2018	319
			Tabell 8.1	Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene	325
			Tabell 11.1	Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2018 (kvinner/menn)	341
			Tabell 11.2	Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet	341



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2019–2020)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2020

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 20. september 2019,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

Del I
Innledning del

1 Helse- og omsorgspolitikken

Regjeringens mål er å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste. Alle skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet. Regjeringen vil fremme god helse og livskvalitet i befolkningen og redusere sosiale forskjeller i helse. Gjennom økte bevilgninger, klare prioriteringer og nye løsninger viser regjeringen at den prioriterer helse- og omsorgstjenestene. Målet er å sikre at enhver skal ha trygghet for at gode offentlig finansierte helsetjenester er der for seg og familien, når man trenger det.

Sentrale mål for regjeringen er:

1. Redusere unødvendig og ikke-medisinsk begrunnet venting for pasientene
2. Fremme kommunenes evne til omstilling og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, basert på eldrefor reformen *Leve hele livet*
3. Prioritere psykisk helse- og rusfeltet, med satsing på tidlig innsats, bedre behandling og forebygging
4. Øke tilgjengelighet og kapasitet, samt styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten
5. Folkehelse som fremmer gode liv og helse gjennom livsløpet

Regjeringen har lagt fram en rekke dokumenter for å understøtte disse målsettingene. Ikke bare gjennom budsjetter og bevilgninger, men også gjennom nye ideer og bedre løsninger, bl.a. Nasjonal helse- og sykehusplan, Folkehelsemeldingen, Primærhelsetjenestemeldingen, Lege-middelmeldingen, Prioriteringsmeldingen, Helsenæringsmeldingen, *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse, Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, regjeringen sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien, innføring av reformen fritt behandlingsvalg, Opptappingsplanen for rusfeltet, rett til kontaktleger for alvorlig syke og rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Regjeringen vil styrke pasientens rettigheter og muligheter samt flytte makt fra systemet til den

enkelte. Målet er bedre kvalitet og mer trygghet for pasienter, brukere og pårørende.

For å nå disse målene må tjenestene legges til rette for at pasienter med ulik helsekompetanse kan forstå og ta i bruk helseinformasjon, for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse.

Mye er bra i norsk helse- og omsorgstjeneste. Innenfor en rekke områder viser forskning og analyser at vi oppnår svært gode resultater. Dyktige ansatte i alle ledd av tjenestene gjør en uvurderlig jobb og sørger for god kvalitet i tjenestene. Det er imidlertid fortsatt behov for endringer og forbedringer på viktige områder. Det er fremdeles for mange uønskede hendelser som kunne ha vært forebygget, og som fører til unødig skade på pasienter og brukere. Særlig er det behov for bedre organisering, ledelse og kommunikasjon. Overganger og samhandling på tvers av nivåer og funksjoner må bli bedre. Det er for mye uønsket variasjon i kvaliteten mellom ulike sykehus, mellom kommuner og mellom tjenestene som tilbys. For mange venter fortsatt for lenge på helsehjelp. Regjeringen vil ta vare på det som fungerer bra, og forbedre det som kan bedres.

Folkehelsen i Norge er generelt god, og levealderen har økt. Det er likevel store utfordringer, bl.a. med økte sosiale helseforskjeller. Ensomhet er et problem blant mange, og forekomsten av overvekt og fedme er økende. Utfordringene må møtes med en tverrsektoriell tilnærming, både på lokalt og nasjonalt nivå, og i samarbeid med frivillig sektor og næringslivet.

1.1 Pasientens helse- og omsorgstjeneste

Regjeringen vil skape pasientens helse- og omsorgstjeneste. Det betyr å involvere pasienten som partner i utviklingen av tjenestene. I møte med helse- og omsorgstjenesten skal hver enkelt pasient få god og trygg helsehjelp, oppleve respekt, verdighet og åpenhet, slippe unødig ventetid og få delta mer i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres.

Regjeringen vil fornye, forenkle og forbedre tjenesten med utgangspunkt i pasientens behov. Norge har og skal ha et godt offentlig helsetilbud. Skal dette ivaretas, er tjenestene avhengig av befolkningens tillit. Skal tilliten ivaretas, må tjenestene utvikles, mangfoldet tas i bruk og alle gis en sterkere stemme i utvikling av tjenestene. Medvirkning fra brukerne skal derfor ivaretas på alle nivåer – fra utvikling av tjenestene til møtet mellom pasient og helsepersonell. Regjeringen vil i budsjettet for 2020 fortsette å prioritere tiltak som styrker disse målsettingene.

For å nå målet om å skape pasientens helsetjeneste, må tjenestene legge til rette for at pasienter med ulik helsekompetanse kan forstå og ta i bruk helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger om sin egen helse. Regjeringen har nylig lagt frem Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023), som skal bidra til dette.

En viktig hensikt med Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten, etablert i 2018, er at pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom og deres pårørende skal kjenne seg sikre på at all relevant behandling er vurdert. Regjeringen vil skape større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet for å skape pasientens helsetjeneste og følge utviklingen over tid. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Undersøkelseskomisjonen) er etablert for å undersøke alvorlige hendelser og andre forhold som kan påvirke pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil høsten 2019 legge fram den sjette årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet og videreføre arbeidet fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet gjennom Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023).

Regjeringen skal legge frem ny Nasjonal helse- og sykehusplan høsten 2019. Meldingen angir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i perioden 2020–2023. Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Hovedtemaene vil være samhandling mellom kommuner og sykehus, kompetanse, psykisk helsevern og teknologi. Det vil også gjøres rede for den prehospitalt kjeden.

Regjeringen vil ta alle gode krefter i bruk og ønsker å legge til rette for god samhandling og samarbeid mellom det offentlige og private, ideelle og frivillige aktører. Helsenæringsmeldingen har som hovedmål å bidra til økt konkurransekraft i den norske helsenæringen og samtidig bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Et tettere samarbeid mellom næringslivet

og den offentlige helse- og omsorgstjenesten er nødvendig for å utvikle pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Kultur og strukturer for slikt samarbeid må videreutvikles. Politikk og tiltak i meldingen skal bidra til at den offentlige helse- og omsorgstjenesten bedre kan dra nytte av innovasjonskraften, kompetansen og ressursene som finnes i næringslivet. Det er pasientens behov som skal stå i sentrum.

Det er en utfordring at pasienter venter for lenge på behandling som er nødvendig, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og antall fristbrudd, har regjeringen tatt i bruk flere virkemidler. Regjeringen har fjernet taket for hvor mange pasienter sykehusene kan behandle. Samtidig får sykehusene betalt for å behandle flere pasienter gjennom innsatsstyrt finansiering som er økt. Pasientenes valgfrihet har også økt. Dette gjør regjeringen ved å ta i bruk et mangfold av aktører i offentlig og privat sektor og bruker mer av den ledige kapasiteten hos private, bl.a. gjennom innføringen av reformen fritt behandlingsvalg. Gjennom konkrete reformer og styrking av sykehusene reduserer regjeringen ventetiden og øker pasientbehandlingen. Ventetidene har gått ned med 16 dager fra 1. tertial 2013 til 1. tertial 2019.

1.2 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenesten står overfor store oppgaver framover. Befolkningssammensetningen endres, flere brukere vil ha behov for ivaretagelse av både fysiske, psykiske og sosiale behov, og kompleksiteten i oppgaveløsningen vil øke. Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Tjenestene må i større grad legge til rette for at brukere kan leve aktive liv, samtidig som de skal ha trygghet for å få god hjelp og omsorg når de har behov for det.

Regjeringen har iverksatt Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt, og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. *Leve hele livet* har fem innsatsområder: et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sam-

menheng i tjenestene. Gjennomføringen av reformen startet 1. januar 2019. Det er etablert et nasjonalt og et regionalt støtteapparat for reformen som skal bistå kommunene i arbeidet med å gjennomføre reformen lokalt. For å bidra til bedre kvalitet i tjenestene, er regjeringen godt i gang med å utvikle en metode for å spre og implementere et verktøy for kvalitetsutvikling i sykehjem – en trykghetsstandard. Dette skal inngå i arbeidet med gjennomføringen av Leve hele livet.

Leve hele livet er en reform for større matglede, enten du bor hjemme eller du er på sykehjem eller sykehus. Målet er å redusere underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte. Regjeringen har derfor etablert et eget tilskudd til renovering, etablering eller gjentablering av lokale produksjonskjøkken på sykehjem. Målet er å bringe maten og måltids situasjonen tettere på de eldre innbyggerne og gjøre matlagingen til en større del av hverdagslivet i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger.

Gjennom regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, har regjeringen startet arbeidet med å legge til rette for at flere eldre som ønsker det, kan bo lenger hjemme og leve aktive og selvstendige liv – med tilpassede tjenester. Regjeringens oppbygging av dagaktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens og innføringen av en plikt for kommunene fra 1.1.2020 til å tilby slike plasser, er en viktig del av dette. Omsorg 2020 er ett av fundamentene for Leve hele livet.

Regjeringen ønsker at staten skal ta et større ansvar for utbygging av flere heldøgns plasser i sykehjem og omsorgsboliger i kommunene. Derfor er den statlige tilskuddsordningen, som kommunene kan søke på, forbedret ved at tilskuddsatsen er hevet fra i gjennomsnitt 35 pst. til 50 pst. Medregnet momskompensasjonsordningen dekker staten opp mot 70 pst. av investeringskostnadene for heldøgns omsorgsplasser.

Det er også lagt til rette for 15 500 heldøgns omsorgsplasser i perioden 2014–2019. Dette har ført til et taktskifte i kommunenes søknader om investeringstilskudd til slike plasser. Antallet plasser med innvilget tilskudd per år er i snitt om lag doblet under denne regjeringen.

Regjeringen vil utvide forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Så langt viser følgeevalueringen at forsøket har bidratt til økt brukermidvirkning, bedre samhandling i kommunene og hyppigere og bedre vedtak. Forsøket har også bidratt til en opprydding i saksbehandlingssystemene i kommunene som deltar. De kommunene som i dag deltar i forsøket, har inn-

gått avtale om videre deltakelse. Det legges opp til å utvide forsøket med seks nye kommuner med sikte på oppstart senest andre halvår 2020. Totalt tas det sikte på at 11 kommuner deltar i forsøket ut 2022.

Den demografiske sammensetningen i Norge vil endres betydelig de nærmeste tiårene. Den demografiske utviklingen vil påvirke og ha konsekvenser for flere områder i samfunnet, bl.a. boligpolitikken. Det er behov for å se nærmere på modeller og løsninger som både legger til rette for at flere kan bo hjemme lenger, samt stimulere til samlokalisering av tjenester, generasjonsmøter og tilstrekkelig antall heldøgns omsorgsplasser for de som trenger det. Regjeringen har derfor startet arbeidet med et kunnskapsgrunnlag for framtidens boformer, slik at vi kan legge til rette for gode og tilpassede boligløsninger både for de som ønsker å bli boende hjemme, og for kommunale heldøgns omsorgsplasser.

Norge var et av de første landene i verden som utviklet en nasjonal demensplan. Demensplan 2020 ble lagt frem høsten 2015, og har en planperiode fra 2016 ut 2020. Demensplan 2020 har bidratt til en positiv utvikling på feltet, men det er fortsatt behov for videre satsing på dette området. Demens er en av de største globale utfordringene verden står overfor. Regjeringen har derfor besluttet at dagens demensplan skal følges opp med en ny demensplan – Demensplan 2025.

Pårørende er en viktig ressurs som skal få støtte og avlastning. Regjeringen har derfor vedtatt å legge frem en egen pårørendestrategi.

Regjeringen er opptatt av å utvikle en heltidskultur i helse- og omsorgstjenestene. Flest mulig medarbeidere i faste hele stillinger er en viktig forutsetning for å lykkes med å utvikle pasientens helsetjeneste. Gjennom bruk av bl.a. velferdsteknologi og andre nye digitale løsninger skal brukere få økt mestring og trygghet i hverdagen.

Det er viktig at mennesker opplever trygghet og verdighet ved livets slutt. Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om lindrende behandling og omsorg, basert på NOU 2017: 16 På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende. Det tas sikte på å legge fram meldingen i 2019.

Regjeringen vil ha en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste med dyktige ansatte som kan gi god helsehjelp og omsorg. Derfor satser regjeringen på å styrke kompetansen hos de ansatte gjennom Kompetanseløft 2020, som skal bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste og bedre lederkompetanse. Regjeringen har besluttet at Kompetanseløft 2020 skal erstattes med et nytt kompetanseløft for den

kommunale helse- og omsorgstjenesten når dagens plan avsluttes ved utgangen av 2020, og at nytt kompetanseløft fremlegges i Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S for 2021.

Brukerstyrt personlig assistanse er et viktig område for regjeringen og er derfor viet stor plass i regjeringsplattformen. Regjeringen vil at brukerstyrt personlig assistanse skal være et verktøy for å fremme likestilling og sikre brukerne mulighet for selvstendighet og aktivitet i hverdagen, uavhengig av funksjonsnivå. Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere brukerstyrt personlig assistanse i sin helhet, og komme med forslag til hvordan ordningen bør utformes for å sikre at den fungerer etter hensikten. Flere av problemstillingene i regjeringsplattformen omfattes av utvalgets mandat. Regjeringen har i 2019 sendt på høring et forslag om å fjerne den øvre aldersgrensen på 67 år for rett til brukerstyrt personlig assistanse for dem som allerede har fått innvilget ordningen. Tiltakene er et ledd i regjeringens arbeid med å skape et samfunn der alle skal kunne delta på lik linje, uavhengig av funksjonsnivå.

Regjeringen ønsker å legge til rette for at mennesker som har levd et langt liv sammen, kan bo under samme tak også når den ene parten har behov for opphold i sykehjem. For å bidra til dette har regjeringen sendt på høring et forslag om å forskriftsfeste samboergaranti slik at kommunene skal legge til rette for at personer som ønsker det, får bo sammen.

Stortinget har gitt sin tilslutning til Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. I meldingen har regjeringen beskrevet utfordringer og pekt ut retningen for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Regjeringen arbeider nå med oppfølgingen.

For å utvikle en mer helhetlig og teambasert tjeneste tilpasset brukernes behov, der de samlede personellressursene brukes bedre, ble det i 2018 startet forsøk med primærhelseteam, oppfølgingsteam og andre runde med utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. Parallelt med dette vurderes det, i tråd med regjeringsplattformen, ulike tiltak for å øke bruken av e-konsultasjon. Det pågår en pilot på legevaktfeltet som hadde oppstart i september 2019. Alle disse utprøvingene vil gi viktig kunnskap om effekten av nye arbeidsformer og arbeidsdeling, samt om endringer i organisering og finansiering av tjenestene.

En velfungerende fastlegeordning er en forutsetning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. For å legge til rette for dette, er det allerede igangsatt flere tiltak, herunder tilskudd til rekrut-

tering av fastleger og til utdanningsstillinger. Trepårtssamarbeidet med Legeforeningen og KS er reetablert, og det er gjennomført flere større utredninger som følge av dette, både om kvalitet og innovasjon, finansieringsmodeller og utdanningsstillinger. Målet med trepartssamarbeidet er å få en tettere dialog om utfordringene i fastlegeordningen, og om hva som kan være mulige løsninger.

EY og Vista Analyse leverte en evaluering av ordningen september 2019. Folkehelseinstituttet leverte samtidig en rapport om pasientenes vurdering av fastlegene og fastlegekontorene. Evalueringene av fastlegeordningen viser at ordningen langt på vei oppfyller de mest vesentlige intensjonene med den. Pasientene er fortsatt fornøyde med ordning, selv om de mener tilgjengeligheten burde vært bedre. Ordningen fungerer dårligst for pasienter med langvarige helseproblemer og sammensatte behov. Evalueringen viser samtidig at ordningen er presset. Arbeidsbelastningen for fastlegene har økt og flere fastleger opplever situasjonen som u håndterbar.

Regjeringen starter et arbeid med å vurdere ytterligere tiltak inn i en handlingsplan for allmennlegetjenesten. Handlingsplanen vil foreligge våren 2020. Trepårtssamarbeidets møter, leveranser, evalueringen og pågående piloter og forsøk, utgjør gode grunnlag for handlingsplanen. I forbindelse med arbeidet relatert til handlingsplanen vil det gjennomføres innspillmøter.

Regjeringen tar sikte på å legge frem en stortingsmelding om prioritering i primærhelsetjenesten, basert på NOU 2018: 16 Det viktigste først, våren 2020.

1.3 En folkehelsepolitikk som skaper gode liv i et trygt samfunn

Folkehelsen i Norge er generelt god og levealderen høy. Likevel er sosial ulikhet i helse og levekår fortsatt en utfordring. God helse og gode levekår er viktig for å gi bedre muligheter for alle. Regjeringen vil legge til rette for at enkeltmennesket blir sett i et helhetlig livstidsperspektiv, hvor særlig tidlig innsats gir gode vaner og gode holdninger. Regjeringen vil legge prinsippet om å forebygge der man kan og reparere der man må, til grunn i folkehelsearbeidet. Det skal skapes gode rammer for flere leveår med god helse og økt livskvalitet i befolkningen. Et samfunn som legger bedre til rette for gode helsevalg, er en forutsetning for at den enkelte skal kunne ta mer ansvar for egen helse. Arbeidet for å legge til rette for

gode helsevalg er fulgt opp i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldingen – Gode liv i et trygt samfunn. Utfordringene innen fysisk og psykisk helse er synliggjort sammen med den tverrsektorielle innsatsen for å møte disse utfordringene. Betydningen av en god oppvekst og av at tidlig innsats gir gode vaner og gode holdninger, er et sentralt tema i meldingen. Videre vektlegges betydningen av å redusere sosiale forskjeller i helse. Folkehelsemeldingen presenterte en strategi for å forebygge ensomhet, som følges opp bl.a. gjennom et samarbeid med frivillig sektor.

Regjeringen vil gjøre det enklere å ta sunne valg, og følger opp Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle!, som ble lagt fram i 2017. Regjeringen vil forsterke samarbeidet med næringslivet for et sunnere kosthold. Som varslet i Meld. St. 19 (2018–2019), vil regjeringen legge fram departementenes handlingsplan for fysisk aktivitet i løpet av 2019.

Regjeringen har lagt fram Mestres hele livet – Strategi for god psykisk helse (2017–2022). Regjeringen vil følge opp strategiens mål om at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Det er en særlig satsing på barn og unge i det systematiske folkehelsearbeidet. Regjeringen la i juni 2019 frem en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, jf. omtale under punkt 1.4 Rus og psykisk helse. I statsbudsjettet for 2020 viderefører regjeringen program for folkehelse i kommunene.

Aktiv og sunn aldring er satt på dagsorden i folkehelsepolitikken. Regjeringen vil satse på aktive eldre og utvikle aldersvennlige samfunn. Aktive eldre inngår bl.a. i regjeringens arbeid med eldre reformen Leve hele livet. Det er etablert et program for et aldersvennlig Norge, og Rådet for et aldersvennlig Norge er oppnevnt for å bidra til gjennomføring og forankring i alle sektorer. For å styrke eldres stemme i samfunnet, vil regjeringen etablere et nasjonalt eldreombud etter modell av Barneombudet. Det tas sikte på at Eldreombudet etableres i andre halvår 2020, og skal lokaliseres i Ålesund.

For regjeringen er det viktig å styrke de eldres helse. Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder antall hoftebrudd. Regjeringen har derfor startet arbeidet med å utvikle en nullvisjon for fallulykker i og ved hjemmet, som medfører alvorlige personskader og død. Som ledd i arbeidet vil regjeringen sette målbar mål på nasjonalt nivå og utarbeide systematiske tiltak for å nå målene

Folkehelsemeldingen inkluderte en ny nasjonal tobakksstrategi for perioden 2019–2021. I

Norge er vi nær å oppnå målet om en røykfri ungdomsgenerasjon. Regjeringen ønsker å hindre at en ny generasjon blir avhengig av tobakk, og har i strategien presentert en rekke nye tiltak for å oppnå dette. De fleste som røyker ønsker å slutte, og fra 2020 starter regjeringen et nytt røykesluttprosjekt for storrrøykere.

1.4 Rus, psykisk helse, vold og traumer

Å prioritere arbeidet med rus, psykisk helse, vold og traumer er et sentralt mål i regjeringens helsepolitikk. Disse områdene har tidligere ikke fått den oppmerksomhet og prioritering som utfordringene på området tilsier. Utfordringene på disse feltene er omfattende og er dokumentert over flere år. Regjeringen vil derfor fortsette å styrke innsatsen innenfor rus- og psykisk helsefeltet. De generelle bevilgningene til spesialisthelsetjenesten er økt, og helseregionene er i oppdragsdokumentene bedt om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern høyere enn somatikk.

Regjeringen foreslår å oppfylle Opptrappingsplanen for rusfeltet i 2020. Planen har ført til at stadig flere rusavhengige kommer i aktivitet og får jobb, i tillegg til at antall årsverk innen rus og psykisk helse i kommunene har økt med 2 500 siden 2016. Antallet personer med rus- og psykisk helseproblematikk som er uten egnet bolig, er også kraftig redusert de siste årene.

I juni 2019 la regjeringen frem en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Planen inneholder både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak, hvor flere sektorer skal bidra til å styrke den helsefremmende og forebyggende innsatsen. Det bygger på en anerkjennelse av at barn og unges psykiske helse i stor grad skapes på andre arenaer enn i helsetjenesten, og derfor må innsatsen rettes inn mot de arenaene hvor barn og unge befinner seg, både fysisk og digitalt. Regjeringen har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fra 1. januar 2020 er alle kommuner lovpålagt å ha psykolog. Regjeringen har gjennom styrking av tilskuddet til rekruttering av psykolog i kommunene, lagt til rette for at alle kommuner kan motta tilskudd før lovplikten trer i kraft. Fra 2020 innlemmes tilskuddet i kommunerammen. Regjeringen har innført pakkeforløp for rus og psykisk helse, og siden januar 2019 har pasienter blitt henvist til pakkeforløp. Psykisk helsevern vil bli ett av fire prioriterte områder i Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023.

Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika – fra straff til hjelp, behandling og oppfølging. Derfor vil regjeringen gjennomføre en rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk, overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Regjeringen har satt ned et offentlig utvalg som skal forberede gjennomføring av reformen. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av 2019.

Helsedirektoratet har lagt frem et forslag til hvordan et femårig forsøk med heroinassistert behandling kan gjennomføres. Forslaget går ut på å etablere ett tilbud i Oslo og ett i Bergen for opptil 300 opiatavhengige totalt. Det legges opp til egne heroinklinikker i begge byene, med god helse- og sosialfaglig bemanning. Videre legges det opp til en følgeevaluering, for å kunne systematisere erfaringene og vinne ny kunnskap.

Helsedirektoratet har satt i gang arbeidet med å revidere gjeldende retningslinje for LAR. Dette arbeidet vil etter planen bli ferdigstilt i løpet av første halvår 2020. Revidering av retningslinjen vil bl.a. medføre økt brukerverdighet og vurdering av nye legemidler i LAR.

Som ledd i oppfølgingen av regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep etableres et behandlingstilbud for dømt overgripere som et landsdekkende tilbud i 2020. Det foreslås å bevilge midler til etablering av et lavterskeltilbud og helhetlig behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå overgrep mot barn. Regjeringen har også igangsatt arbeidet med en ny handlingsplan mot vold i nære relasjoner.

1.5 Bedre tilbud til kreftpasienter

Kreftpasienter skal oppleve god kvalitet, rask oppfølging og trygg behandling i møte med helsetjenesten. Regjeringens viktigste grep innen kreftområdet er tverrfaglige diagnosesentre i alle regioner, standardiserte pakkeforløp og bedre samarbeid med fastlegene. Pasienter etterspør forutsigbare pasientforløp. Derfor er det utarbeidet pakkeforløp for utvalgte tilstander. Pakkeforløpene beskriver planlagt pasientforløp med fastsatt innhold og tidsfrister for de enkelte elementene i forløpet.

I 2015 ble det innført 28 pakkeforløp for kreft. Disse skal gi pasientene standardiserte forløp med kortere ventetider samt raskere vei til diagnose og behandling ved mistanke om kreft.

Helsedirektoratet har startet å utvikle pakkeforløp for «kreftpasienter hjem», i 2018. Mange kreft-

pasienter og pårørende har behov for psykososial oppfølging. Pakkeforløpet skal beskrive hvordan pasientenes behov kan ivaretas i overgangen fra sykehus til kommunen.

I 2018 er det lagt fram en ny Nasjonal kreftstrategi (2018–2022) *Leve med kreft*. Denne strategien er en videreføring og en oppdatering av *Sammen – mot kreft – Nasjonal kreftstrategi 2013–2017*.

Gjennom det norske formannskapsprosjektet *Forskningssamarbeid for bedre helse*, er det tildelt 30 mill. kroner til tre nordiske kliniske studier på barnekreft. Dette er gjort i samarbeid med Kreftforeningen, Norges forskningsråd og Nord-Forsk. Målet er å styrke kunnskapsgrunnlaget for persontilpasset behandling av barn med kreft.

1.6 Pakkeforløp for nye grupper

Regjeringen er opptatt av å ta erfaringene fra pakkeforløpene for kreft med i arbeidet med andre sykdommer og lidelser. I tillegg til pasientforløp for pasienter med kreft, er det i 2018 innført pakkeforløp for hjerneslag (akutfasen). Pakkeforløp for rehabiliteringsfasen for hjerneslagpasienter er under arbeid. De første seks pakkeforløpene innen psykisk helse og rus ble innført fra starten av 2019. I løpet av 2019 vil Helsedirektoratet starte utarbeidelsen av ytterligere tre pakkeforløp innen de to områdene.

Videre er regjeringen i gang med å utvikle pakkeforløp for smertebehandling, utmattelse og muskel- og skjelettlidelser.

1.7 Helse som mestring

Nøkkelen til god helse ligger ikke i fravær av sykdom alene. Mange vil leve større eller mindre deler av livet med ulike former for sykdom eller funksjonsnedsettelse. God helse ligger i mestring: Evnen til å mestre sin situasjon, oppleve selvbestemmelse og føle verdighet. Helse- og omsorgstjenestene vil i framtiden møte flere brukere med kronisk sykdom som vil kreve langvarig oppfølging. For å møte denne utfordringen, må tjenestene tilpasse seg brukeres og pasienters behov, ønsker og forutsetninger.

Nye arbeidsformer i helsetjenesten bidrar til økt mestring. Mennesker med kronisk sykdom skal få bedre oppfølging som følge av teamarbeid i primærhelsetjenesten og bruk av og digitale verktøy. Dette prøves ut i form av primærhelseteam og avstandsoppfølging. Per 31. desember 2018

hadde 270 kommuner etablert frisklivssentral som en helsetjeneste som skal drive sykdomsforebyggende tiltak. Læring og mestring av sykdom inngår i økende grad i dette tilbudet.

Regjeringen har løftet dette feltet i statsbudsjettene fra 2017 til og med 2019, med en treårig opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det er bevilget totalt 300 mill. kroner til opptrappingsplanen hvorav 200 mill. kroner av veksten i kommunenes frie inntekter er begrunnet med opptrappingsplanen. Det øremerkede stimuleringsstilskuddet til kommunene som har vært etablert i opptrappingsplanperioden, er fra 2020 innlemmet i kommunenes rammetilskudd. Det er et mål at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal skje i kommunen der brukeren bor. Derfor er oppmerksomheten i opptrappingsplanen rettet mot kommunene.

Regjeringen har startet arbeidet med en likeverdsreform. Reformen har som formål å gjøre det enklere for familier som har barn med behov for sammensatte tjenester. Et sentralt mål med likeverdsreformen er at barn og familier med barn med behov for sammensatte tjenester, skal motta sammenhengende og gode tjenester. I tillegg at pårørende skal oppleve ivaretagelse og inkludering.

1.8 IKT og digitalisering

Digitalisering og bruk av nye e-helseløsninger er en forutsetning for å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste og gjøre tjenesten sammenhengende og bærekraftig for fremtiden. Derfor vil regjeringen realisere pasientens digitale helsetjeneste og målet om én innbygger – én journal.

Økt digitalisering stiller store krav til nasjonal samordning og betydelige investeringer de nærmeste årene. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse og etableringen av Nasjonalt e-helsestyre har bidratt til bedre nasjonal koordinering. Det jobbes nå videre med flere organisatoriske tiltak og nye finansieringsmodeller. Regjeringen innfører prinsippet om obligatorisk samfinansiering av kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger samt utreder en løsning med regulering av tilgjengeliggjøring og betaling for løsningene.

Regjeringen viderefører arbeidet med én innbygger – én journal. Det jobbes med tre parallelle tiltak: 1) Helseplattformen i region Midt-Norge, som er et regionalt utprøvningsprosjekt av det nasjonale målbildet, 2) samordnet utvikling av de øvrige helseregionenes journalløsninger, og 3) et forprosjekt for en felles journalløsning og helhet-

lig samhandling for kommunene utenom Midt-Norge.

Digitalisering av legemiddelkjeden vil sikre at helsepersonell til enhver tid har riktige legemiddelopplysninger tilgjengelig, og legger til rette for samhandling om legemiddelopplysninger på tvers av virksomheter. Dette antas å være det viktigste enkelttiltaket for å bedre pasientsikkerheten på legemiddelområdet, jf. Meld. St. 28 (2014–2015).

Norge har omfattende og verdifulle helsedata som er bygget opp over lang tid. Bedre utnyttelse av helsedata kan gi store gevinster for samfunnet. Det gjelder særlig i utviklingen av persontilpasset medisin og genetisk veiledet utvikling av nye legemidler. Regjeringen ønsker å gjøre disse helsedatene lettere tilgjengelig for forskning og andre formål som er viktige for pasienter og befolkningen. Helseanalyseplattformen skal etableres som en nasjonal løsning for å tilgjengeliggjøre og analysere helsedata. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endringer i helseregisterloven som innebærer 1) harmonisering og samordning av vilkårene for å gjøre helsedata tilgjengelig, 2) etablering av én felles funksjon for å forvalte tilgang til helsedata, og 3) etablere Reseptregisteret som et personidentifiserbart legemiddelregister.

Det er behov for et nasjonalt, standardisert språk for strukturering av informasjon i elektroniske informasjonssystemer i helsetjenesten. Et felles språk vil gi bedre pasientsikkerhet, samhandling og kunnskaps- og forskningsgrunnlag ved at helsefaglige opplysninger kan dokumenteres, formidles og forstås på en entydig måte. Direktoratet for e-helse leder et arbeid med å etablere et nasjonalt, standardisert språk basert på terminologien SNOMED CT.

Velferdsteknologiske løsninger kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren. Avstandsoppfølging for personer med kroniske sykdommer eller teknologi for å motvirke ensomhet blant eldre, er eksempler på slike løsninger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram ledes av Helsedirektoratet, i tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS. Programmet skal videreføres ut 2020.

Godt personvern og god informasjonssikkerhet er en grunnleggende forutsetning for digitalisering i helsesektoren. Innbyggerne skal ha tillit til at opplysninger om helsen deres blir behandlet på en trygg måte. Dette stiller ikke bare krav til teknologien, det handler like mye om kultur, kompetanse og gode rutiner.

1.9 Kunnskapsbaserte tjenester

For å videreutvikle helse- og omsorgstjenesten, er vi avhengige av å utvikle og ta i bruk ny kunnskap. Det arbeides systematisk med å legge til rette for at forskning skal komme pasienter, brukere og tjenesten til gode. Det jobbes også systematisk med å omsette ny kunnskap til innovasjon og bedre praksis. Et godt samarbeid mellom næringslivet og det offentlige er en forutsetning for utvikling, utprøving og dokumentasjon av nye løsninger. Regjeringen la i november 2015 fram sin handlingsplan som følger opp Helse-Omsorg21-strategien. Handlingsplanen inneholder konkrete tiltak for en målrettet innsats i verdikjeden, fra forskning til innovasjon og videre til kommersialisering. Tiltakene fra planen er nå gjennomført, rapportering på dette følger derfor for siste gang i budsjettets del III. Departementene vil følge opp det videre arbeidet i sitt ordinære arbeid. I tillegg vil HelseOmsorg21-rådets mandat justeres, og det vil opprettes et nytt Helse-Omsorg21-råd. Det arbeides systematisk med å legge bedre til rette for samarbeid om forskning mellom universitets- og høgskolesektoren og sykehusene. Det er etablert en indikator for kliniske behandlingsstudier, som helseregionene vil

prøverapportere på i 2019. Indikatoren vil bidra til økt synlighet og kunnskap om aktiviteten. Dette er viktig med hensyn til politisk målsetting om å øke aktiviteten. Helseregionene vil også rapportere på indikatorer for innovasjonsaktivitet og -nytte. Regjeringen følger opp helsedatautvalgets forslag som skal bidra til enklere tilgang og bedre utnyttelse av helsedata. Mer bruk av kvalitetsindikatorer og data fra helse- og kvalitetsregistre skal bidra til mer kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring av tjenesten. Kommunalt pasient- og brukerregister er etablert. Innenfor persontilpasset medisin fortsetter regjeringen oppbyggingen av kompetanse og verktøy. Det nasjonale kompetansenettverket innen persontilpasset medisin er etablert. Det arbeides også med å etablere en nasjonal struktur for å legge til rette for bruk av molekulære tester, genpaneler og bruk av biomarkører i forskning og persontilpasset behandling.

Innenfor rusfeltet har Helsedirektoratet nå formelt godkjent Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler. I løpet av 2019 vil helseregionene ha tilrettelagt slik at registeret kan tas i bruk senest fra 2020.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 221 mrd. kroner, jf. tabell 2.1. Dette er fordelt med 188 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 33 mrd.

kroner på programområde 30, Helsetjenester, folketrygden. Samlet foreslås om lag 10,9 mrd. kroner mer enn i saldert budsjett 2019. Dette svarer til en vekst på 5,2 pst.

Tabell 2.1 Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

Betegnelse	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
<i>mill. kr</i>			
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	1 127,7	1 650,4	46,3
10.10 Folkehelse mv.	860,1	847,5	-1,5
10.30 Spesialisthelsetjenester	159 210,7	168 065,9	5,6
10.40 Sentral helseforvaltning	3 991,7	4 070,7	2,0
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	12 334,0	12 075,6	-2,1
10.70 Tannhelse	327,5	342,3	4,5
10.80 Kunnskap og kompetanse	749,8	664,6	-11,4
Sum før lånetransaksjoner	178 601,5	187 717,0	5,1
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0,0
Sum Helse og omsorg	178 601,5	187 717,0	5,1
<i>Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	5 800,3	5 960,8	2,8
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	25 597,7	27 196,0	6,2
30.90 Andre helsetiltak	254,9	247,0	-3,1
Sum før lånetransaksjoner	31 652,9	33 403,8	5,5
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0,0
Sum Helsetjenester, folketrygden	31 652,9	33 403,8	5,5
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	210 254,4	221 120,8	5,2

For å komme fram til hvor stor realvekst budsjettforslaget representerer, må det bl.a. gjøres fratrukk for om lag 2,3 mrd. kroner i økte bevilgninger knyttet til pensjonspremier og -kostnader for de regionale helseforetakene. Videre må det gjøres fratrukk for bevilgningsøkninger for å dekke

opp for forventet pris- og kostnadsvekst, herunder virkning av takstoppgjøret for leger, psykologer og fysioterapeuter. Årlig skjer det flytting av oppgaver og ansvar mellom departementene, herunder innlemming av øremerkede tilskudd i kommunenes frie inntekter. Selv om bevilgningene til

formålene er de samme på statsbudsjettet samlet sett, vil slike ansvarsoverføringer medføre at budsjettproposisjonene for avgivende og mottakende departement ikke gir et dekkende bilde for hvor stor reell endring budsjettforslagene representerer for uendret ansvarsforhold. Ved beregning av realveksten i budsjettforslaget er det derfor korrigert for slike ansvarsendringer. Realveksten som presenteres er således regnet i forhold til samme ansvarsforhold som i saldert budsjett for 2019, dvs. før eventuell flytting av bevilgninger til/fra andre departementer. Korrigert for ovennevnte forhold representerer budsjettforslaget en reell økning på om lag 3,8 mrd. kroner, eller om lag 1,8 pst. sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Realveksten fordeler seg med om lag 2,3 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og om lag 1,5 mrd. kroner på programområde 30 Helse tjenester, folketrygden. De viktigste styrkingene i budsjettforslaget er omtalt i boks 2.1 nedenfor. Under pkt. 2.39 redegjøres det for gjennomgående budsjett- og strukturtiltak som foreslås for 2020.

Realveksten på programområde 30, anslått til om lag 1,5 mrd. kroner, skyldes i vesentlig grad anslått økte utgifter til legemidler på blå resept. Ved beregning av realveksten på programområde 30 ses det bl.a. bort fra forslag om å overføre finansieringsansvaret for enkelte legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, jf. omtale ovenfor.

Det foreslås videre at av veksten i kommunenes frie inntekter over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett begrunnes 150 mill. kroner med Opptappingsplanen for rusfeltet. De viktigste styrkingene ut over anslag for regelstyrte ordninger framgår av boks 2.1.

2.1 Aktivitetsvekst sykehus

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2020 med 1 552 mill. kroner. Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 1,5 pst. neste år fra anslått aktivitetsnivå i 2019.

Det er fortsatt mange pasienter som ikke møter til avtalt time. Dette medfører dårlig ressursutnyttelse og lengre ventetid for andre. Derfor foreslås det såkalte fraværsgjebret ved manglende frammøte til somatisk poliklinikk økt neste år. Det er lagt til grunn at de regionale helseforetakene disponerer 30 mill. kroner av antatt økte gebyrinntekter. Hensyn tatt til de økte gebyrinntektene er samlet ramme for økt aktivitetsvekst 1 582 mill. kroner.

Oppdaterte anslag for innsatsstyrt finansiering (ISF) og laboratorie- og radiologiske undersøkelser i 2019 tilsier at bevilgningene skal økes med 112 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett. Budsjettforslaget for 2020 tar utgangspunkt i det høyere bevilgningsbehovet i 2019. Bevilgningsforslaget tar videre hensyn til at pensjonskostnadene anslås 1,2 mrd. kroner høyere enn i saldert budsjett 2019. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,1 pst.

Innenfor den foreslåtte vekstrammen på 1 582 mill. kroner må de regionale helseforetakene dekke økte utgifter til forvaltning, drift og vedlikehold av nasjonale e-helseløsninger på til sammen 56 mill. kroner.

Foreslått vekstramme på 1 582 mill. kroner framkommer etter at det er gjort fratrukk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (179 mill. kroner) og underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (27 mill. kroner).

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen for de regionale helseforetakene gjennomføres i tråd med etablert praksis, jf. nærmere omtale under pkt. 2.39.

Fritt behandlingsvalg reformen ble innført i 2015. Ordningen omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt enkelte somatiske tjenester. Fra 2019 ble to rehabiliteringstjenester inkludert i ordningen, og Helsedirektoratet vurderer inkludering av flere rehabiliteringstjenester i ordningen fra 2020.

Den foreslåtte vekstrammen på 1 582 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,5 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2019. I tråd med etablert praksis fra 2008 er det da lagt til grunn at den økte aktiviteten kan realiseres til 80 pst. av gjennomsnittlig behandlingstkostnad.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2019, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2019. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer at den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,3 pst. i 2020.

Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2019

Aktivitetsvekst sykehus	1 582 mill. kroner
2000 Heldøgns omsorgsplasser – investeringstilskudd	179,6 mill. kroner
Tilskuddsordning til etablering av lokalkjøkken	4,8 mill. kroner
Opptappingsplanen for rusfeltet ¹	150 mill. kroner
Nasjonale e-helseløsninger og helsenettet ²	138 mill. kroner
Helseanalyseplattform	131 mill. kroner
Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter	130 mill. kroner
Standardisert språk	84 mill. kroner
Ny tilskuddsordning til næringsdrivende fastleger	50 mill. kroner
Alis-avtaler	48 mill. kroner
Alis-kontor	10 mill. kroner
Innføring av nasjonalt screeningprogram for tarmkreft.....	24,7 mill. kroner
Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	24 mill. kroner
Leve hele livet – økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet ³	23 mill. kroner
Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene	22,1 mill. kroner
Kompletterende tiltak for ELTE-studenter	20 mill. kroner
Modernisert folkeregister	20 mill. kroner
Økt saksbehandlingskapasitet ved Norsk pasientskadeerstatning.....	15,7 mill. kroner
Styrking av tilbudet til pasienter med odontofobi	15 mill. kroner
Forsøk med heroinassistert behandling	13,1 mill. kroner
Opptappingsplan mot vold og overgrep.....	31,5 mill. kroner
Nasjonal forsterket fellesskapsavdeling for innsatte i Ila fengsel.....	12 mill. kroner
Mobilisering mot ensomhet	11,3 mill. kroner
Nye LIS1-stillinger	10 mill. kroner
Pensjonsutgifter Statens legemiddelverk	7 mill. kroner
Eldreombudet	7 mill. kroner
Direktoratet for atomsikkerhet	6,3 mill. kroner
Pakkeforløp	5 mill. kroner
Program for teknologiutvikling i vannbransjen.....	5 mill. kroner
Prosjekt røykeslutt	5 mill. kroner
Helsepersonell ved avrusningsenheten ved Bjørgvin fengsel.....	5 mill. kroner
Flytting av Bioteknologirådet til Bergen.....	5 mill. kroner
Forberedende arbeid sammenslåing av egenandelstakene 1 og 2	5 mill. kroner
Persontilpasset medisin	4,4 mill. kroner
Legemiddelmangel.....	4 mill. kroner
Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund.....	3,4 mill. kroner
Fagmyndighet medisinsk utstyr	3 mill. kroner

Merknader

¹ 150 mill. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

² 56 mill. kroner finansiert innenfor vekstrammen til de regionale helseforetakene og 82 mill. kroner (44 mill. kroner og 38 mill. kroner) overført fra kommunene.

³ Hovedsakelig gjennom omprioritering innenfor samme tilskuddspost

For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 pst. fra 2019 til 2020, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på 2,2 pst. neste år. Fra

2020 foreslås det å inkludere flere personellgrupper i ISF, samt telefonkonsultasjoner innenfor somatikk.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketryg-

den for enkelte legemiddelgrupper fra 1. september 2020. I denne sammenheng overføres det 145 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2020. Legemiddelgruppene som foreslås overført, er legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor terapiområdene ALS, jernoverskudd, Cushings syndrom og immunglobuliner.

2.2 2000 heldøgns omsorgsplasser

Det foreslås 179,6 mill. kroner til å dekke første års utbetaling av investeringstilskudd til om lag 2000 heldøgns omsorgsplasser, med en samlet tilsagnsramme svarende til om lag 3,6 mrd. kroner. Halvparten av tilsagnsrammen er øremerket til netto tilvekst av heldøgns plasser i kommunene. Den resterende delen av tilsagnsrammen kan i tillegg nyttes til rehabilitering og utskiftning.

2.3 Tilskuddsordning til etablering av lokalkjøkken

Ved Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018–2019) ble det vedtatt å opprette et nytt investeringstilskudd til lokale kjøkkenløsninger med eget produksjonskjøkken fra 1. oktober 2019.

For å øke antall sykehjem og omsorgsboliger med egne kjøkkenløsninger for produksjon av mat, vil regjeringen foreslå en samlet tilsagnsramme på 400 mill. kroner i planperioden for Leve hele livet (2019–2023) til etablering eller gjenetablering av lokale kjøkkenløsninger med eget produksjonskjøkken i eksisterende sykehjem og omsorgsboliger for personer med heldøgns tjenestetilbud. Det foreslås en tilsagnsramme på 96,8 mill. kroner for 2020 med en bevilgning på 4,8 mill. kroner til første års utbetaling.

2.4 Opptappingsplan for rusfeltet

150 mill. kroner av veksten i kommunenes frie inntekter begrunnes med behovet for å fullføre den flerårige satsingen på å styrke tjenestene på rusfeltet.

I statsbudsjettet for 2019 ble det lagt til grunn et konservativt anslag på 100 mill. kroner for økning i utleieboligtilskuddet over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett i 2016 og 2017 til å framskaffe boliger til mennesker med rusproblemer.

Nye beregninger fra Husbanken for perioden 2016–2019 viser imidlertid at den samlede innsatsen overfor bostedsløse og personer med rusproblemer er betydelig høyere. Nye tall viser at det er gitt tilsagn til mellom 650 og 800 boliger til personer med rusproblemer. Det legges til grunn at de samlede tilsagnsbeløp til boliger til personer med rusproblemer utgjør mellom 500 og 600 mill. kroner. Fra 2016 til 2019 har ordningene med tilskudd til utleieboliger samt investeringstilskudd over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett bidratt til at flere bostedsløse har fått et eget sted å bo og antallet bostedsløse er dermed betydelig redusert. Mange av de bostedsløse er personer med rusavhengighet. Med disse nye beregningene legges det til grunn at Opptappingsplanens delmålsetting om å bidra med 500 mill. kroner til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo som gjennomført. I perioden 2016–2020 er bevilgningene gjennom opptappingsplanen med dette økt med over 2,4 mrd. kroner og planen for rusfeltet er med dette overopplyst. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling for rusmiddelavhengige (TSB), som sikres gjennom en høyere prioritet i TSB enn somatikk, beregnet til om lag 150 mill. kroner i 2020.

2.5 Nasjonale e-helseløsninger og helsenettet

Det foreslås til sammen 100 mill. kroner for å dekke veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, grunndata og helseID. Av dette foreslås 56 mill. kroner dekket innenfor den foreslåtte vekstrammen til de regionale helseforetakene, og 44 mill. kroner fra kommunene. I tillegg foreslås 38 mill. kroner for å øke kommunenes bidrag til forvaltning og drift av helsenettet slik at det i større grad reflekterer den reelle bruken. Både kommunenes bidrag til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger og det økte bidraget til finansiering av helsenettet er tatt hensyn til ved fastsettelsen av veksten i frie inntekter til kommunesektoren.

Målet er å bidra til økt bruk og til bedre og mer driftssikre nasjonale e-helseløsninger gjennom å utvikle ny funksjonalitet, redusere teknisk gjeld og hente inn vedlikeholdsetterslep. Kommuner og regionale helseforetak vil framover bli belastet for veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale helseløsningene. Helse- og omsorgsdepartementet etablerer samtidig et tek-

nisk beregningsutvalg, som bl.a. vil ha deltakelse fra kommunesektoren og regionale helseforetak, for å sikre legitimitet til tallgrunnlaget og transparens i beregning av kostnadene.

2.6 Helseanalyseplattformen

Det foreslås ytterligere 131 mill. kroner til arbeidet med å realisere en nasjonal helseanalyseplattform, til sammen 243 mill. kroner i 2020 inkludert midler fra Norges forskningsråd. Helseanalyseplattformen er en del av regjeringens langtidsplan for forskning og skal bidra til bedre helseforskning, mer innovasjon og næringsutvikling, og mer kunnskapsbaserte helsetjenester. Helseanalyseplattformen skal etableres som en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata. Det skal legges til rette for avanserte analyser på tvers av helseregistre og andre kilder til helseopplysninger. Samtidig skal personvernet styrkes gjennom bedre innsynstjenester, bedre muligheter til å gi og trekke samtykker og bedre sporing av bruken av opplysningene. Målet er å forbedre utnyttelsen av norske helsedata samtidig som personvern og sikkerhet styrkes.

2.7 Lånebevilgning til nye store sykehusprosjekter

Det foreslås en samlet låneramme på 29,1 mrd. 2020-kroner til Nye Oslo universitetssykehus, med en lånebevilgning i 2020 på 100 mill. kroner. Med dette legges det til rette for at Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus kan gå i gang med bygging av et nytt stort akuttsykehus på Aker og et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad. I tillegg skal Radiumhospitalet videreutvikles som et spesialisert kreftsykehus. Nye Oslo universitetssykehus innebærer nye og moderne sykehuslokaler, økt kapasitet og tilrettelegging for nye organisasjonsløsninger og arbeidsmetoder. Dette representerer et stort løft i utviklingen av spesialisthelsetjenesten, som vil være viktig for innbyggerne både i Oslo, Helse Sør-Øst og resten av landet.

Videre foreslås det en samlet låneramme på 60 mill. 2020-kroner til bygging av universitetsarealer for Universitetet i Stavanger ved nytt sykehus i Stavanger, med en lånebevilgning på 30 mill. kroner i 2020.

I tillegg tas det, som tidligere oppgitt, sikte på å fremme forslag om låneramme til etablering av regional sikkerhetsavdeling på Ila ved Oslo uni-

versitetssykehus i statsbudsjettet for 2021, dersom tomtespørsmålet er avklart.

2.8 Bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk

Det foreslås ytterligere 84 mill. kroner til bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk, til sammen 101 mill. kroner i 2020 inkludert bidrag fra aktørene. Midlene skal benyttes til å etablere, innføre og forvalte et nasjonalt standardisert språk i helse- og omsorgssektoren. Innføring av et felles standardisert språk vil bidra til bedre samhandling ved at helsefaglige opplysninger kan dokumenteres, formidles, og forstås på en entydig måte, og gjenbrukes til det formålet de er beregnet på. Det vil også bidra til redusert tidsbruk knyttet til dokumentasjon og gi et bedre kunnskaps- og forskningsgrunnlag. Gjennomføring av tiltaket vil føre til at Helseplattformen i Midt-Norge, oppgradering av elektronisk pasientjournal i de regionale helseforetakene og nasjonal kommunal journal, kan bygge på et nasjonalt standardisert språk.

2.9 Ny tilskuddsordning til næringsdrivende fastleger

Som avtalt i takstforhandlingene med Den Norske Legeforening, skal det høsten 2019 etableres en ny tilskuddsordning på 50 mill. kroner til næringsdrivende fastleger med mange pasienter på listen som krever mye oppfølging. Tilskuddet skal være administrativt enkelt å forvalte og baseres på objektive kriterier. Tilskuddet skal utformes i samarbeid med KS og Legeforeningen.

2.10 Alis-avtaler

Det foreslås 48 mill. kroner til tilskuddsordning for fastleger som er under spesialisering i allmennmedisin i kommuner med rekrutteringsutfordringer. Tilskuddsordningen forutsetter en kommunal egenandel på 12 mill. kroner, til sammen 60 mill. kroner. Tilskuddet er i utgangspunktet for næringsdrivende fastleger. Alis-avtaler er avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilte rekrutterings tiltak som går ut over og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften.

2.11 Alis-kontor i 5 kommuner

Det foreslås 10 mill. kroner til Alis-kontor. Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar kommuner gis tilskudd for å bistå kommuner i regionen til å inngå og følge opp Alis-avtaler. Denne funksjonen er gitt betegnelsen Alis-kontor. Disse skal bidra til rekruttering og tilrettelegging for legenes spesialisering i allmennmedisin og til trygghet for legen gjennom spesialiseringssløpet ved å planlegge, etablere og følge opp Alis-avtaler.

2.12 Tarmscreening

Det foreslås ytterligere 24,7 mill. kroner til innføring av et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft, med en samlet bevilgning på 97 mill. kroner i 2020. Tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år, og skal gjøres landsdekkende innen 2024.

2.13 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Det foreslås ytterligere 24 mill. kroner til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede, med en samlet bevilgning på om lag 112,3 mill. kroner i 2020. Midlene skal dekke økte kostnader knyttet til gjennomføring av dom til tvungen omsorg. Med virkning for 2020 foreslås det innført en medfinansiering fra de regionale helseforetakene på 20 pst. av samlede utgifter. Resterende dekkes over gjeldende bevilgning. Helse Midt-Norge skal fortsatt administrere ordningen og ha det faglige ansvaret.

2.14 Leve hele livet – økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet

Det foreslås omdisponert 23 mill. kroner til et nytt tilskudd til utvikling av gode modeller for å bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene, i tråd med hovedområdene i Leve hele livet.

Målgruppen er kommuner som sammen eller hver for seg skal iverksette tiltak for å utvikle gode løsninger for hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenestene og gjennomføre en aktivitetsdag ved landets sykehjem.

2.15 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Det foreslås 22,1 mill. kroner til utvidelse av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene i 2020. Beløpet skal dekke inntektspåslag for seks nye kommuner fra 1.7.2020, samt midler til administrasjon av forsøket.

2.16 Kompletterende tiltak for ELTE-studenter

Det foreslås ytterligere 20 mill. kroner til kompletterende tiltak for kandidater som fullførte eller startet masterstudier i psykologi ved ELTE for Helsedirektoratet endret godkjenningspraksis i 2016, til sammen om lag 88 mill. kroner i 2020. Programmet skal gi de aktuelle kandidatene mulighet til å kvalifisere til autorisasjon som psykolog i Norge. Midlene skal dekke planlegging og gjennomføring av kurs og samlinger, utvikling av læringsmål og kompetansetiltak til veiledningen, i tillegg til lønnsutgifter til veiledere og kandidater.

2.17 Modernisert folkeregister

Det foreslås ytterligere 20 mill. kroner til modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren, med en samlet bevilgning i 2020 på 80 mill. kroner. Et modernisert folkeregister vil føre til raskere tildeling av fødselsnummer og identifisering av nyfødte, samt raskere innmelding og formidling av dødsfall. Felles distribusjon og bruk av folkeregisteropplysninger vil gi økt datakvalitet og god tilgjengelighet til oppdaterte opplysninger.

2.18 Økt saksbehandlingskapasitet ved Norsk pasientskadeerstatning

Det foreslås 9 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet ved Norsk pasientskadeerstatning og til dekning av utgifter til felles IKT-systemer for Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. I tillegg foreslås 6,7 mill. kroner til dekning av økte advokatutgifter, til sammen 15,7 mill. kroner.

2.19 Styrking av det fylkeskommunale tilbudet til pasienter med odontofobi

Det foreslås 15 mill. kroner til styrking av det fylkeskommunale tilbudet til pasienter som har vært utsatt for tortur og/eller overgrep eller som har stor angst for tannbehandling (odontofobi). Et økende antall oppsøker fylkeskommunenes tilbud. I flere fylker er det ventelister, både for odontofobi-behandling samt oppstart av tannbehandling, etter odontofobi-behandlingen.

2.20 Forsøk med heroinassistert behandling

Det foreslås 13,1 mill. kroner til å gjennomføre et forsøk med heroinassistert behandling i 2020. Prosjektet skal etableres i Oslo og Bergen med en varighet på fem år.

2.21 Opptrappingsplanen mot vold og overgrep

Det foreslås 31,5 mill. kroner til oppfølging av Opptrappingsplan mot vold og overgrep på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. 12,5 mill. kroner foreslås bevilget til å etablere et landsdekkende lavterskeltilbud med behandling for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn og unge. 19 mill. kroner foreslås bevilget for å styrke behandling av personer dømt for seksuelle overgrep.

2.22 Nasjonal forsterket felleskapsavdeling for innsatte ved Ila fengsel

Det foreslås 12 mill. kroner til Nasjonal forsterket felleskapsavdeling for innsatte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Ved behandling av Prop. 1 S (2018–2019) for Justisdepartementet bevilget Stortinget midler til etablering av en nasjonal forsterket felleskapsavdeling for innsatte med sterk aggressiv adferd og psykiske lidelser ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Midlene skal benyttes til helsefaglig bemanning med særlig kompetanse innen sikkerhetspsykiatri i Helse Sør-Øst RHF.

2.23 Mobilisering mot ensomhet

Det foreslås ytterligere 11,3 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet, til sammen 18,3 mill. kroner i 2020. Det foreslås opprettet en søknadsbasert ordning som skal sikre at det utvikles og iverksettes effektive tiltak for å forebygge og redusere ensomhet og bidra til bedre helse og livskvalitet i befolkningen.

2.24 Nye LIS1-stillinger

Det foreslås 10 mill. kroner i 2020 til å øke antallet årlige LIS1-stillinger med 38 stillinger, med oppstart av 19 stillinger høsten 2020. Formålet med økningen er å sikre at antallet LIS1-stillinger er tilstrekkelig og bedre dimensjonert til å møte tjenestenes nåværende og framtidige behov for legespesialister. Dette vil særlig gjelde rekrutterings-situasjonen i nord og de nye stillingene skal etableres i Helse Nord.

2.25 Pensjonsutgifter i Statens legemiddelverk

Det foreslås 7 mill. kroner til å dekke økte pensjonsutgifter ved Statens legemiddelverk. Statens legemiddelverk er en bruttobudsjettert virksomhet som er plassert i en premiegruppe i Statens pensjonskasse med fiktive fond. På grunn av denne premiegruppeplasseringen kan Legemiddelverkets pensjonsutgifter variere betydelig fra år til år. Fra 2019 har pensjonspremien økt betydelig.

2.26 Eldreombudet

Det foreslås 7 mill. kroner knyttet til å opprette et eget eldreombud fra høsten 2020. Det foreslås at Eldreombudet skal fremme eldres interesser, rettigheter og behov, og engasjere seg i forhold som berører eldres interesser på alle samfunnsområder.

2.27 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

Det foreslås 6,3 mill. kroner til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet bl.a. til oppgaver innenfor medisinsk strålebruk, både innenfor konvensjonell stråleterapi og protonterapi.

2.28 Pakkeforløp

Det foreslås 5 mill. kroner for å styrke Helsedirektoratets arbeid med pakkeforløp for bl.a. muskel- og skjelettlidelser, smertebehandling og utmatelse, jf. revidert budsjett for 2019.

2.29 Program for teknologiutvikling i vannbransjen

Det foreslås 5 mill. kroner i tilskudd til et program for teknologiutvikling i vannbransjen i inntil fem år, betinget av minst tilsvarende bidrag fra kommunene og fra leverandørindustrien. Målet med et program for teknologiutvikling i vannbransjen er å oppnå helsemessig tryggere vannforsyning og større leveringssikkerhet av drikkevann på en kostnadseffektiv og bærekraftig måte.

2.30 Prosjekt for røykeslutt

Det foreslås 5 mill. kroner til et treårig prosjekt rettet mot storryktere med planlagt oppstart 2. halvår 2020. Prosjektet omfatter et samarbeid mellom frisklivssentraler, sykehus, fastleger mv. og med delvis subsidiering av legemiddel for røykeslutt. Røyking er fortsatt den viktigste enkeltårsaken til sykdom og tidlig død i Norge. Erfaringene fra et lignende prosjekt i Danmark er svært gode.

2.31 Helsepersonell ved avrusningsenheten ved Bjørgvin fengsel

Det foreslås 5 mill. kroner i 2020 til helsefaglig personell ved avrusningsenheten ved Bjørgvin fengsel. Formålet med avrusningsenheten er å kunne gi et avrusningstilbud i fengsel som vil kunne motivere den innsatte til å søke videre rusbehandling.

2.32 Flytting av Bioteknologirådet til Bergen

Det foreslås 5 mill. kroner til flytting av Bioteknologirådet til Bergen. Flyttingen skal være gjennomført innen utgangen av 2020. Midlene skal bl.a. brukes til å beholde nøkkelpersonell og rekruttere nye ansatte.

2.33 Forberedende arbeid med sikte på sammenslåing av tak 1 og 2

Det foreslås 5 mill. kroner til Helsedirektoratet for å finansiere forberedende arbeid med sikte på å slå sammen egenandelstakene 1 og 2 til ett egenandelstak fra 2021. Merutgiftene knytter seg til teknisk løsning i NAV, endring av selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no og kommunikasjon til borgere og behandlere.

2.34 Persontilpasset medisin

Det foreslås 4,4 mill. kroner til oppfølging av tiltak i Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2017–2021), med en samlet bevilgning på vel 30,7 mill. kroner i 2020. Styrkingen skal gå til oppbygging og drift av en nasjonal, anonymisert database over genetiske varianter hos norske pasienter.

2.35 Legemiddelmangel

Det foreslås 4 mill. kroner til å videreføre tilleggsbevilgning i 2019 til Legemiddelverkets arbeid med legemiddelmangel, jf. Prop. 114 S (2018–2019) og Innst. 391 S (2018–2019). Legemiddelverket mottar nå langt flere saker om legemiddelmangel enn tidligere og trenger økte ressurser for å kunne håndtere disse.

2.36 Helseinnovasjonssenter i Kristiansund

Det foreslås 3,4 mill. kroner til Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund, med en samlet bevilgning på 10 mill. kroner i 2020. Helseinnovasjonssenteret Kristiansund arbeider for økt bruk og innføring av teknologi og tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren, samt koordinering og videreutvikling av interkommunale samarbeid med bakgrunn i fagområdene forskning og innovasjon, helse som næring, velferdsteknologi og responstjenester.

2.37 Fagmyndighet medisinsk utstyr

Det foreslås 3 mill. kroner til styrking av fagmyndighet på området medisinsk utstyr. Nye EU-forordninger for medisinsk utstyr trådte i kraft 26. mai 2017 og kommer gradvis til full anvendelse

over en overgangsperiode på 3–5 år. Rettsaktene vil medføre større arbeidsbyrde for Statens legemiddelverk, og det er behov for flere personellressurser for å oppfylle myndighetskravene.

2.38 Legemidler til behandling av migrene

Statens legemiddelverk har gjennomført metodevurdering av et nytt migrenelegemiddel, erenumab (Aimovig). For pasientgruppen med kronisk migrene er prioriteringskriteriene oppfylt. Det er anslått at merkostnadene for folketrygden vil være over fullmaktsgrensen. Legemiddelverket har for å kunne innvilge refusjon over blåreseptordningen.

Erenumab var den første såkalte CGPR-hemmeren som kom på markedet, og det første legemidlet spesifikt utviklet til migreneprofylakse. Fremanezumab og galcanezumab er to andre CGRP-hemmere som nylig har fått markedsføringstillatelse, og som trolig vil vurderes for refusjon i løpet av 2019/2020. I tillegg er det ventet at ytterligere en CGRP-hemmer kommer på markedet.

Legemiddelverket, i samarbeid med Sykehusinnkjøp, er gitt i oppdrag å gjennomføre prisforhandlinger eller anbud for denne type legemidler slik at de kan tilbys norske pasienter.

2.39 Budsjett- og strukturtiltak

Gjennomgående budsjetttiltak

Regjeringen vil bygge sin politikk på en effektiv bruk av fellesskapets ressurser. Som i næringslivet er det også i offentlig forvaltning et potensiale for å bli mer effektiv. Regjeringen har derfor innført en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform, og forutsetter at alle statlige virksomheter gjennomfører tiltak for å bli mer effektive. Reformen vil gi insentiver til mer effektiv statlig drift og skaper handlingsrom for prioriteringer i statsbudsjettet. Virksomhetene har også god anledning til å planlegge og gjennomføre tiltak for å effektivisere driften når reformen er et årlig krav. Deler av gevinsten fra mindre byråkrati og mer effektiv bruk av pengene overføres til fellesskapet i de årlige budsjettene. Den årlige overføringen settes til 0,5 pst. av alle driftsutgifter som bevilges over statsbudsjettet.

For Helse- og omsorgsdepartementet innebærer dette at bevilgningene reduseres med 745,8 mill. kroner, hvorav 715 mill. kroner for

regionale helseforetak og 30,8 mill. kroner for sentral helseforvaltning mv. Alle regionale helseforetak stiller effektiviseringskrav. Investeringsbehovet i bygg, utstyr og IKT er fortsatt stort. Reformen innpasses på samme måte for regionale helseforetak som i 2019, og det foreslås å tilføre 536,3 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene for å gi rom til bl.a. investeringer og anskaffelser. Dette legger til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i nytt utstyr og bygg i 2020.

Videre er det, med enkelte unntak, foreslått at tilskudds- og 21-poster ikke prisjusteres, svarende til en samlet innsparing til andre prioriterte formål på om lag 121 mill. kroner. Det er gjort unntak bl.a. for bevilgninger til de regionale helseforetakene og tilskudd til rusarbeid på kap. 765, post 62, som prisjusteres fullt ut. Videre er det gjort unntak for tilskuddsposter til private ideelle organisasjoner, som prisjusteres med 2,7 pst. Dette er om lag 0,5 prosentenheter lavere enn forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til en samlet innsparing på knapt 8 mill. kroner til andre prioriterte formål.

Dersom pasienter ikke møter opp til avtalt poliklinisk time i sykehus, og lar være å melde fra tidligere enn 24 timer før timen, kan pasienten i dag avkrefes for fraværsgjebyr. Det er fortsatt mange pasienter som ikke møter til avtalt time. Dette medfører dårlig ressursutnyttelse og lengre ventetid for andre. Det foreslås å øke gebyret for somatisk behandling med 351 kroner til 1 053 kroner, svarende til 54 mill. kroner.

Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden

F.o.m. 2020 legges det opp til at egenandelene i sum øker i tråd med forventet lønnsvekst på 3,6 pst. fratrukket 0,75 prosentenheter, svarende til 172 mill. kroner. Ut over dette foreslås egenandelene som inngår i takordningene økt med ytterligere 4 pst. neste år, svarende til 41,5 mill. kroner. Innenfor en slik ramme for egenandelsopplegget foreslås begge egenandelstakene økt med 91 kroner. Egenandelstak 1 øker da fra 2369 til 2460 kroner, mens egenandelstak 2 øker fra 2085 til 2176 kroner. Egenandelene som inngår i takordningene øker samlet med 6,85 pst. For lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinisk konsultasjon, lab/røntgen vil økningen først skje fra 1. juli 2020, hvilket innebærer en økning for året 2020 under ett på vel 3,4 pst.

Takstene for stønad til tannbehandling fra folketrygden økes generelt med om lag 2,2 pst.

neste år. Dette er noe lavere enn forventet pris- og kostnadsvekst, og innebærer en innsparing for folketrygden på om lag 22 mill. kroner. Dette bidrar til at de statlige takstene ikke virker prisdrivende i markedet. Videre foreslås å nedjustere enkelttakster med til sammen 17,0 mill. kroner til å styrke det fylkeskommunale behandlingstilbudet til mennesker som har vært utsatt for tortur eller overgrep og/eller som har stor angst for tannbehandling (15 mill. kroner), jf. pkt. 2.19, og til å styrke kontrollvirksomheten til Helfo (2 mill. kroner).

Fra 1.1.2020 foreslås det en innstramming i folketrygdstønad til tannregulering (kjeveortopedi). Innstrammingen berører ikke barn og unge som har påbegynt behandling innen utgangen av 2019. Innstrammingen går ut på å avvikle stønad til tannregulering for de fleste tilstander i gruppe c i stønadsordningen, som er de tilstander med minst behov i regelverket for stønad til tannregulering. Dette er tilstander som ikke har betydning for tannhelsen eller for funksjonelle forhold, men som i hovedsak er av kosmetisk/estetisk karakter. Forslaget gir en antatt innsparingseffekt i 2020 på 50,5 mill. kroner. Forslaget er basert på faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet, som har foretatt en bred utredning av stønad til tannregule-

ring, jf. Prop. 1 S for 2019. Det vises også til Prioriteringsutvalget (Blankholm-utvalget), som har vist til at dagens stønad til tannregulering ikke er utformet i tråd med kriteriene for prioritering. I 2018 mottok om lag 41 pst. av barn og unge i aldersgruppen 13–14 år tannregulering. I perioden 2012–2018 har det vært en økning i andelen barn og unge som mottar stønad til tannregulering. Som følge av innstrammingen må det forventes en nedgang i andelen barn og unge som mottar tannregulering. Det vil også føre til at en del tannregulering som må anses som unødvendig ikke lenger blir gjennomført.

Som for de regionale helseforetakene, foreslås refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester underregulert sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til en innsparing for folketrygden med om lag 15 mill. kroner i 2020.

Det foreslås noen flere legemidler på negativlisten for bidragsordningen, svarende til 3 mill. kroner i reduserte utgifter for folketrygden. Videre vil vedtatt omlegging av apotekavansen i 2019, jf. Prop. 114 S (2018–2019) og Innst. 391 S (2018–2019), medføre en innsparing for folketrygden med om lag 3 mill. kroner i 2020.

3 Oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak

Nedenfor gis en oversikt over oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak under Helse- og omsorgsdepartementet. Oversikten inkluderer alle vedtak fra stortingssesjonen 2018–2019 og alle vedtak fra tidligere stortingssesjoner hvor rapporteringen ikke ble avsluttet i forbindelse med behandlingen av Prop. 1 S (2018–2019), samt de vedtakene kontroll- og konstitusjonskomiteen i Innst. 291 S (2018–2019) mente ikke var utkvitert.

I enkelte tilfeller kan oppfølgingen av vedtakene være mer omfattende beskrevet under det aktuelle programområdet i proposisjonen. Det vil i disse tilfellene være en henvisning til hvor denne teksten finnes.

I kolonne 4 i tabell 3.1 angis det hvorvidt departementet planlegger at rapporteringen knyttes til anmodningsvedtaket nå avsluttes eller om departementet vil rapportere konkret på vedtaket også i neste års budsjettproposisjon. Rapporteringen på vedtak som innebærer at departementet skal legge frem en konkret sak for Stortinget

f.eks. proposisjon, stortingsmelding, utredning el., vil normalt avsluttes først når saken er lagt fram for Stortinget.

Selv om det i tabellen angis at rapporteringen avsluttes, vil det i en del tilfeller kunne være slik at oppfølgingen av alle sider av vedtaket ikke er endelig avsluttet. Dette kan f.eks. gjelde vedtak med anmodning til regjeringen om å ivareta særlige hensyn i politikktutforming på et område, der oppfølgingen vil kunne gå over mange år. Stortinget vil i disse tilfellene holdes orientert om den videre oppfølgingen på ordinært måte, gjennom omtale av det relevante politikkområdet i budsjettproposisjoner og andre dokumenter.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at kontroll- og konstitusjonskomiteen i Innst. 291 S (2018–2019) har understreket at det i enkelte tilfeller er nødvendig å fremme forslag om at anmodningsvedtaket oppheves før rapporteringen kan avsluttes. Departementet har i tråd med dette fremmet slikt forslag. Det vises til forslagsdelen i denne proposisjonen.

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei)
2018–2019	18	Informasjon og forebygging av hudkreft	Ja
2018–2019	20	Styrking av norsk tannhelse	Nei
2018–2019	21	Stortingsmelding – prehospitale tjenester	Ja
2018–2019	23	Rehabiliteringsavdelingen 2 Øst i Eigersund	Ja
2018–2019	25	Ensomhet inn i folkehelseloven §7	Nei
2018–2019	26	Lavterskeltilbud psykisk helse i kommuner	Ja
2018–2019	27	Kommuner og frivillige sitt arbeid for eldre	Ja
2018–2019	28	Nasjonal strategi for ernæring hos eldre	Nei
2018–2019	29	Ernæringskompetanse- og arbeid i tjenesten	Nei
2018–2019	30	Tilskudd til kompetanse og frivillighet for eldre	Ja
2018–2019	31	Oppfølging av NOU 2017: 16 På liv og død	Nei
2018–2019	33	Heldøgns omsorgsplasser – trygghetsboliger	Ja

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei)
2018–2019	34	Vikarpool med fast ansatte i kommunene	Ja
2018–2019	35	Nasjonal alkoholstrategi	Nei
2018–2019	36	Offentlig utvalg om konsekvenser av alkohol	Nei
2018–2019	38	Samarbeid om holdninger til alkohol i arbeidslivet	Nei
2018–2019	39	Forslag om merking av alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	41	Behandling for familier med alkoholproblem	Ja
2018–2019	42	Informasjon om alkohol til gravide	Ja
2018–2019	43	Oppfølging av gravide med rusavhengighet	Ja
2018–2019	44	Innføring av merking av alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	47	Folkehelseinstituttet – regler for skjenkebevilling	Ja
2018–2019	75	Overføring av medikamentordningen til RHFene	Ja
2018–2019	76	Etablering av barnehospice i Kristiansand	Nei
2018–2019	82	Ideelle organisasjoners pensjonskostnader	Nei
2018–2019	87	Utredning av BPA	Nei
2018–2019	93	Årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter	Nei
2018–2019	589	Forskrivningsrett på prevensjon til de under 16 år	Nei
2017–2018	2	Evalueringsordningen	Nei
2017–2018	50	Internasjonalt samarbeid om medisinnkjøp	Ja
2017–2018	363	Medisinstudenter i primærhelsetjenesten	Ja
2017–2018	434	Kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler	Ja
2017–2018	436	Reduksjon i alkoholforbruk	Nei
2017–2018	438	Nye finansieringsformer-Boliger til eldre	Nei
2017–2018	464	Legedekning i primærhelsetjenesten	Nei
2017–2018	465	Listelengde i fastlegeordningen	Nei
2017–2018	466	Utdanningsstillinger i allmennmedisin	Nei
2017–2018	467	Allmennlege i spesialisering (ALIS)	Nei
2017–2018	468	Legevakt- og fastlegeordningen	Nei
2017–2018	469	Evalueringsordningen	Nei
2017–2018	471	Prioriteringsutvalget (NOU 2014: 12)	Ja
2017–2018	506	Oppfølging av vedtak nr. 307 (Taxfree-salg)	Ja
2017–2018	507	Barn på sykehjem	Ja
2017–2018	508	Institusjonsplasser for barn	Nei
2017–2018	577	Nyfødscreening	Nei

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei)
2017–2018	614	Handlingsplan mot selvmord og selvskading	Nei
2017–2018	615	Regelverket for pasientreiser	Nei
2017–2018	616	Evalueringsplan for pasientreiser	Nei
2017–2018	617	Organisering av pasientreiseordningen	Nei
2017–2018	620	Bakvakt og akuttmedisinforskriften	Ja
2017–2018	621	Bakvakt og vaktkompetanse	Ja
2017–2018	623	Samboergaranti for omsorgstjenester	Nei
2017–2018	624	Oppfølging av rapporten «Gode liv i Norge»	Nei
2017–2018	625	Styringen av helsevesenet	Nei
2017–2018	626	Folkehelseinstituttet – målesystem for livskvalitet	Nei
2017–2018	627	Nasjonale undersøkelser om livskvalitet	Nei
2017–2018	628	Data om livskvalitet	Nei
2017–2018	629	Rapportering om livskvaliteten i Norge	Nei
2017–2018	632	Mødre/foreldre med rusavhengighet	Ja
2017–2018	633	Tilbud til rusmisbrukere	Ja
2017–2018	634	Evalueringsplan for LAR-ordningen	Nei
2017–2018	636	Nasjonal overdosestrategi	Ja
2017–2018	641	Spesialisering innen geriatri	Ja
2017–2018	642	Spesialisering innen geriatri	Ja
2017–2018	643	Eldre pasienter med sammensatte lidelser	Nei
2017–2018	644	Pasientinformasjon mellom sykehus og kommuner	Nei
2017–2018	645	Bemanning på sykehjem	Ja
2017–2018	718	Assistert befruktning for enslige	Nei
2017–2018	719	Sæddonasjon	Nei
2017–2018	721	Assistert befruktning	Nei
2017–2018	722	Arbeids- og sluttavtaler for ledere i helseforetak	Ja
2017–2018	723	Sluttvederlag i helseforetakene	Ja
2017–2018	747	Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen	Nei
2017–2018	748	Jordmortjenesten	Nei
2017–2018	750	Fødselsomsorg	Nei
2017–2018	751	Følgetjeneste for gravide	Nei
2017–2018	752	Fødselsomsorg og liggetid	Nei
2017–2018	753	Fødselsomsorg	Nei
2017–2018	755	Vikarbruk i helseforetakene	Ja

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak

Sesjon	Vedtatt nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei)
2017–2018	756	Ekstern innleie i helseforetak	Ja
2017–2018	797	Seksuelle overgrep mot barn	Ja
2017–2018	839	Kosmetiske injeksjoner	Nei
2017–2018	840	Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser	Ja
2017–2018	841	Behandling av ruslidelse	Ja
2017–2018	843	Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser	Ja
2017–2018	849	Tiltak som motvirker kroppspress	Ja
2017–2018	851	Markedsføring av kosmetisk kirurgi	Nei
2017–2018	860	Luftambulanseberedskap	Ja
2017–2018	861	Drift av luftambulansetjenesten	Nei
2017–2018	862	Erfaring og kompetanse i luftambulansetjenesten	Ja
2017–2018	865	Anbudsprosess i luftambulansetjenesten	Ja
2017–2018	915	Tobakksskadeloven	Nei
2017–2018	922	Kvalitet i spesialistutdanning for leger	Ja
2017–2018	1011	Luftambulansetjenesten	Ja
2016–2017	108.54	Stategi for psykisk helse	Ja
2016–2017	126	Ideell virksomhet i helse- og omsorgssektoren	Ja
2016–2017	307	Taxfree-salg av alkohol ved norske flyplasser	Ja
2016–2017	341	Informasjon om legemidler til barn i norsk helsetjeneste	Ja
2016–2017	600	Graviditet og vold	Ja
2016–2017	615	Helsetjenestetilbud til volds- og overgrepsutsatte	Ja
2016–2017	619	Behandlingstilbud for overgrepsoferte	Ja
2016–2017	620	Helsestasjoner og bekymringsmeldinger	Ja
2016–2017	770	Autorisasjon av studier fra utlandet	Ja
2016–2017	847	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	848	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	849	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	850	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Nei
2016–2017	851	Tannpleierkompetanse i kommunene	Ja
2016–2017	920	Etablering av overgrepsmottak	Ja
2016–2017	934	Spesialisthelsetjenesten – bearbeide traumer	Ja
2016–2017	1001	Handlingsplan for fysisk aktivitet	Nei
2016–2017	1010	Program for teknologiutvikling i vannbransjen	Ja

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei)
2016–2017	1117	Ideelle organisasjoners pensjonsforpliktelser	Ja
2015–2016	437.2	Helsepersonell blant beboere på mottak	Ja
2015–2016	545	Basestrukturen for luftambulansen i Norge	Nei
2015–2016	627	Prevensjon til rusavhengige	Nei
2015–2016	628	Tilbud og informasjon om LAR-behandling	Nei
2015–2016	658	Samarbeid mellom helseregistre og andre aktører	Ja
2015–2016	786	Ungdomshelsestrategi og reklame	Nei
2015–2016	787	Ungdomshelsestrategi og tiltak mot kroppspress	Nei
2015–2016	839	Behandlingstilbud til barn og unge	Ja
2014–2015	494	Dagaktivitetstilbud – plikt for kommunene	Ja

Stortingssesjon (2018–2019)

Informasjon og forebygging av hudkreft

Vedtaks nr. 18, 15. november 2018

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for en mer helhetlig og strukturert satsing på informasjon, forebygging og tidlig oppdagelse av hudkreft.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Representantforslag 8:230 S (2017–2018) om tiltak for å redusere forekomst og dødelighet av føflekkreft, jf. Innst. 33 S (2018–2019). Vedtaket anses som fulgt opp gjennom Direktoratet for strålevern og atomsikkerhets (DSA) ved vedtak av Nasjonal UV- og hudkreftstrategi. Strategien inneholder tiltak knyttet til både forebygging, kunnskap og informasjon samt tidlig oppdagelse. DSA har etablert en nasjonal tverrfaglig koordineringsgruppe og leder oppfølgingen av strategien.

Styrking av norsk tannhelse

Vedtaks nr. 20, 15. november 2018

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak om styrking av norsk tannhelse, med mål om å utjevne sosial ulikhet i tannhelse gjennom å hjelpe dem som trenger det mest. Stortinget ber om at saken inneholder:

a. forslag til hvordan man kan styrke det forebyggende arbeidet for god folketannhelse

b. en gjennomgang av refusjonsordningene på tannhelsefeltet

c. forslag som i større grad vil hjelpe dem som i dag ikke har økonomisk mulighet for å få gjennomført nødvendig tannhelsebehandling

d. forslag til forbedring og forenkling av ordningene for refusjon gjennom folketrygden til spesielle diagnoser.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:209 S (2017–2018), jf. Innst. 39 S (2018–2019).

Vedtaket følges opp i arbeidet med oppfølgingen av NOU 2018: 16 Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjenester. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Stortingsmelding – Prehospitale tjenester

Vedtaks nr. 21, 15. november 2018

«Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om de prehospitale tjenestene og hele den akuttmedisinske kjeden basert på NOU 2015:17 Først og fremst.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:225 S (2017–2018) Representantforslag om å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus og sikre forsvarlige luftambulansetjenester.

Vedtaket anses som fulgt opp ved at prehospitale tjenester inngår som eget tema i Nasjonal

helse- og sykehusplan, som legges fram som en stortingsmelding i løpet av 2019.

Rehabiliteringsavdelingen 2 Øst i Eigersund

Vedtak nr. 23, 15 november 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at kommunene i regionen får mulighet til å bygge opp nødvendig kompetanse og kapasitet til å ta over ansvaret for den aktuelle pasientgruppen dersom beslutningen om å legge ned rehabiliteringsavdelingen 2 Øst i Eigersund opprettholdes.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:226 S (2017–2018), jf. Innst. 31 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp gjennom rehabiliterings-tilbud som kommunene i Dalaneregionen kan bygge opp ved hjelp av midler fra Opptreppingsplanen for habilitering og rehabilitering, og de tiltakene som er iverksatt av Helse Stavanger. Det vises til omtale under kap. 732.

Ensomhet inn i folkehelseloven § 7

Vedtak nr. 25, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om at «ensomhet» tas inn i folkehelseloven § 7.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets møte 20. november 2018.

I Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn ble det varslet at regjeringen vil ta initiativ til en samlet gjennomgang av folkehelseloven med forskrifter. Tiltaket vil bl.a. bidra til å tilpasse regelverket til ny kunnskap om forhold som påvirker helsen, slik som ensomhet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Lavterskeltilbud psykisk helse for eldre i kommunene

Vedtak nr. 26, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen stimulere til etablering av lavterskel psykisk helsetilbud for eldre i flere kommuner.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, jf. Innst. 43 (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp ved at regjeringen har lagt til rette for at kommunene har nødvendig

kompetanse til å tilby lavterskel psykiske helsetjenester til sine innbyggere, uavhengig av alder. Gjennom innføring av kompetansekrav i lovverk, sammen med tilskuddet for rekruttering av psykologer til kommunene har regjeringen bidratt til nødvendig kompetanseoppbygging for å etablere slike tjenester. Det betyr imidlertid ikke at det legges til grunn at psykologkompetansen skal bindes opp i slike behandlingstilbud. Et konkret eksempel på hvordan slike tjenester kan organiseres er Rask psykisk helsehjelp, som det ytes tilskudd til over denne posten. Rask psykisk helsehjelp er en kunnskapsbasert måte å organisere et lavterskel psykisk helsetilbud for mennesker med milde til moderate angst- og depresjonslidelser. Tilbudet har nede aldersgrense på 16 år, men ingen øvre aldersgrense. I disse tilbudene har psykologen i kommunen ofte det faglige ansvaret, mens mye av behandlingen utføres av annet, særskilt opplært personell. Det vises til omtale på kap. 765, post 60.

Kommuner og frivillige sitt arbeid for eldre

Vedtak nr. 27, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for at kommuner og frivillige organisasjoner kan styrke sitt arbeid og sine tiltak for at eldre og aleneboende skal få noen å spise måltider sammen med.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppfølgingen av Leve hele livet, regjeringens forslag til statsbudsjett for 2020 og ensomhetsstrategien. Det vises til nærmere omtale av vurderingen under kap. 761, post 21.

Nasjonal strategi for ernæring hos eldre

Vedtak nr. 28, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen legge fram en helhetlig nasjonal strategi for godt kosthold og sunn ernæring hos eldre som mottar tjenester i sykehjem og hjemmetjeneste, med forslag til konkrete, målrettede tiltak.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Vedtaket vil bli fulgt opp i tråd med gjennomføringen av Leve hele livet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ernæringskompetanse og arbeid i tjenesten

Vedtak nr. 29, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen vurdere særskilte tiltak for å styrke den ernæringsfaglige kompetansen og det systematiske ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten og komme tilbake til Stortinget på egnet vis.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Vedtaket vil bli fulgt opp i tråd med gjennomføringen av Leve hele livet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på en egnet måte.

Tilskudd til kompetanse og frivillighet for eldre

Vedtak nr. 30, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen utrede en egen tilskuddsordning til stillinger som kan sikre økt tverrfaglig kompetanse og mer frivillighet ved norske sykehjem og i hjemmetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp i forbindelse med gjennomføringen av Leve hele livet og tiltak som bidrar til økt rekruttering av frivillige. Det er foreslått å bevilge midler til Norges frivilligsentraler slik at de kan bistå de over 456 lokale frivilligsentralene til økt rekruttering og kompetanseheving innen frivillig arbeid i kommunene. Det tas sikte på å inngå en intensjonsavtale med Norges frivilligsentraler. Det bevilges 12 mill. kroner til Verdigehetssenteret som siden 2011 har utdannet 350 deltakere gjennom utdanningen av frivillighetskoordinatorer. Formålet med tilskuddet er å bidra til kompetanseheving i rekruttering, organisering, opplæring og veiledning av frivillige i omsorgstjenesten.

Oppfølging av NOU 2017:16 På liv og død

Vedtak nr. 31, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen i 2019 fremme en egen sak for Stortinget om palliativ omsorg og oppfølging av NOU 2017: 16 På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Regjeringen har besluttet at det skal utformes en stortingsmelding om lindrende behandling og omsorg. Det tas sikte på at stortingsmeldingen legges fram i 2019. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget senere om oppfølgingen av vedtaket.

Heldøgns omsorgsplasser – trygghetsboliger

Vedtak nr. 33, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen utrede en endring i Husbankens tilskuddsordning til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, slik at tilskuddsordningene også kan inkludere trygghetsboliger uten heldøgns omsorg.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppfølgingen av anmodningsvedtak 438 (2017–2018). Det vises til utvidet omtale av vurderingen under kap. 761, post 63.

Vikarpool med faste ansatte vikarer i kommunene

Vedtak nr. 34, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen ta initiativ overfor partene i arbeidslivet for å få på plass et samarbeid for opprettelse av vikarpool med fast ansatte vikarer i kommunene, eventuelt som et samarbeid mellom nærliggende kommuner.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Vedtaket omhandler spørsmål kommunene som arbeidsgiver må ta stilling til, og som naturlig hører hjemme hos partene i arbeidslivet. Regjeringen foreslår at vedtak nr. 34 oppheves. Det vises til forslagsdelen i denne proposisjonen.

Nasjonal alkoholstrategi

Vedtak nr. 35, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme en nasjonal alkoholstrategi for Stortinget, som beskriver hvordan de alkoholpolitiske målene om reduksjon i alkoholforbruket skal oppnås.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018) Representantforslag om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2018–2019).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Offentlig utvalg om konsekvenser av alkohol
Vedtak nr. 36, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen sette ned et offentlig utvalg for å vurdere de store samfunnsmessige kostnadene ved alkohol for samfunn, arbeidsliv og enkeltpersoner og deres familier.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018) Representantforslag om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2018–2019).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Samarbeid om holdninger til alkohol i arbeidslivet
Vedtak nr. 38, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen invitere arbeidslivets parter til et styrket samarbeid for økt bevissthet rundt holdninger til alkohol i arbeidslivet, for å fremme verdien av alkoholfrie arenaer og understreke behovet for valgfrihet og redusert alkoholpress i arbeidssammenheng.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018) Representantforslag om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2018–2019).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forslag om merking av alkoholholdig drikk
Vedtak nr. 39, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag for Stortinget om å innføre krav om innholdsmerking av alkoholholdig drikk.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018) Representantforslag om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2018–2019).

Regjeringen følger utviklingen i EU, og vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Behandling for familier med alkoholproblem
Vedtak nr. 41, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen i enda større grad tilrettelegge for behandlingstilbud for hele familier med alkoholproblemer.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018), jf. Innst. 38 S (2018–2019).

I pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i januar 2019 er også pasientens familie og pårørendesituasjon omtalt og nødvendigheten av å involvere disse. Pakkeforløpet ble lansert i januar 2019. I tillegg vil Helsedirektoratet i løpet av tidlig høst 2019 lansere eget pakkeforløp for gravide og rus, hvor også familieperspektivet blir omfattet. Videre vurderer også Helsedirektoratet å utgi eget pakkeforløp for familie og rus. Vedtaket anses dermed som utkvittert.

Informasjon om alkohol til gravide
Vedtak nr. 42, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle gravide får god informasjon om skaden alkoholinntak under svangerskap kan påføre barnet, herunder sikre at absolutt alle gravide informeres om dette på svangerskapskontroll.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 8:141 S (2017–2018) om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet i juni 2018 publiserte revidert Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (IS-2660). Retningslinjen er utarbeidet for alt helsepersonell i svangerskapsomsorgen og for gravide og deres familie. En sterk anbefaling i retningslinjen er at helsepersonell bør ha en samtale med gravide om bruk av alkohol, illegale rusmidler og vanedannende legemidler ved første konsultasjon. Sammenliknet med tidligere retningslinje har retningslinjen større oppmerksomhet på levevaner hos gravide. På denne bakgrunn er det også ønskelig at gravide kommer tidlig til første konsultasjon; det anbefales rundt én uke etter at de har tatt kontakt. Ved bruk av rusmidler bør den gravide bli tilbudt tilrettelagt hjelp til å slutte. Det vises til nærmere omtale under kap. 762, post 60.

Oppfølging av gravide med rusavhengighet
Vedtak nr. 43, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen om å sikre at gravide med rusavhengighet får tettere oppfølging, og sørge for at det er nok plasser til å dekke behovet for behandling og oppfølging av kvinnene og barna.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018), jf. Innst. 38 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp gjennom Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) hvor temaet er omtalt. I de reviderte retningslinjene for svangerskapsomsorgen er det anbefalt at helsepersonell tilbyr gravide råd om faren ved skader på fostret ved bruk av rusmidler, samt tilbud om hjelp til å slutte. I pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i januar 2019 er også pasientens familie og pårørendesituasjon omtalt og nødvendigheten av også å involvere disse. Pakkeforløpet ble lansert i januar 2019. I tillegg vil Helsedirektoratet i løpet av tidlig høst 2019 lansere eget pakkeforløp for gravide og rus, hvor også familieperspektivet bli nærmere berørt. Videre vurderer også Helsedirektoratet å utgi eget pakkeforløp for familie og rus. Det vises til nærmere omtale under kap. 765, post 62.

Innføring av merking av alkoholholdig drikk
Vedtak nr. 44, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen innføre en merkeordning for alkoholholdig drikk med helseadvarsler om alkoholbruk under graviditet og i forbindelse med kjøring.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018) Representantforslag om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2018–2019).

Regjeringen følger utviklingen i EU, og vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Folkehelseinstituttet – regler for skjenkebevilling
Vedtak nr. 47, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen – i påvente av Folkehelseinstituttets evaluering av de normerte

reglene for inndragning av skjenkebevilling – om ikke å gjøre endringer i prikkssystemet, men sørge for at evalueringen, om mulig, framskyndes.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:216 S (2017–2018) Representantforslag om at maksimalt antall prikker før inndragning av bevilling skal være åtte, ikke tolv, jf. Innst. 40 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp ved at Folkehelseinstituttet er i gang med evalueringen. Regjeringen vil ikke gjøre inngripende endringer i prikkssystemet før evalueringen foreligger.

Overføring av medikamentordningen til RHFene
Vedtak nr. 75, 3. desember 2018

«Stortinget ber regjeringen i styringsdialogen med de regionale helseforetakene vektlegge behovet for at pasientrettighetene til personer med sjeldne sykdommer ivaretas ved overføring av medikamentordningen til de regionale helseforetakene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2018–2019), Prop. 1 S (2018–2019), og Prop. 1 S Tillegg 1–3 (2018–2019), jf. Innst. 2 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2019 der det framgår at pasientrettighetene til personer med sjeldne sykdommer skal ivaretas ved overføringen. Det vises for øvrig til omtale under kap. 732.

Etablering av barnehospice i Kristiansand
Vedtak nr. 76, 3. desember 2018

«Stortinget ber regjeringen vurdere å etablere barnehospice i Kristiansand som en pilot for videre å kunne styrke kompetansen og den palliative omsorgen for barn.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 1 S (2018–2019), jf. Innst. 11 S (2018–2019).

Vedtaket vil bli fulgt opp gjennom arbeidet med den kommende stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg med grunnlag i NOU 2017: 16 På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ideelle organisasjoners pensjonskostnader

Vedtak nr. 82, 3. desember 2018

«Stortinget ber regjeringen utrede de økonomiske konsekvensene av å dekke de ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader for kommunal og fylkeskommunal sektor med sikte på at de dekkes av kommunene og fylkeskommunene. Utredningen bør også se på om dekningen bør gå gjennom å utvide den søknadsbaserte tilskuddsordningen som det er enighet om å etablere i budsjettavtalen for 2019.»

Vedtaket ble truffet ved behandling Meld. St. 1 (2018–2019), jf. Innst. 2 S (2018–2019).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Utredning om BPA-ordningen

Vedtak nr. 87, 3. desember 2018

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en utredning med sikte på at BPA utformes slik at ordningen bidrar til å oppnå likeverd, like muligheter uansett bosted, likestilling og samfunnsdelaktelse for personer med nedsatt funksjonsevne, gode arbeidsforhold for assistentene og bærekraft i ordningen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling Meld. St. 1 (2018–2019), jf. Innst. 2 S (2018–2019).

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal oppsummere erfaringene med BPA-ordningen, med utgangspunkt i gjennomførte evalueringer, og utrede hvordan man kan sikre at ordningen fungerer etter hensikten, herunder utrede hvordan ordningen kan innrettes for å sikre deltakelse i arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Ordningen skal være reelt brukerstyrt. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter

Vedtak nr. 93, 4. desember 2018

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå anbefalingene i årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter og komme tilbake til Stortinget på egnet måte med hvordan anbefalingene er fulgt opp.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 6 (2017–2018), jf. Innst. 78 S (2018–2019).

Anbefalingen fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter om ECT hører inn under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde og lyder slik:

«Omfanget av og behovet for ECT uten samtykke på nødrettslig grunnlag må utredes snarest. Der som ECT uten samtykke skal brukes i nødrettsstilfeller, må denne tvangsbehandlingsformen hjemles eksplisitt og ha klare rettssikkerhetsgarantier knyttet til seg. Det må videre settes inn konkrete og effektive tiltak for å sikre at praktiseringen av ECT i slike tilfeller er ensartet.»

Som redegjort i svarbrevet til Justiskomiteen 25. juni 2018 nedsatte regjeringen i 2016 et lovutvalg, Tvangslovutvalget, som fikk i mandat å foreta en revisjon av tvangshjemler i helse- og omsorgssektoren. Tvangslovutvalget leverte sin innstilling (NOU 2019: 14) 18. juni 2019. Denne er sendt på høring med høringsfrist 16. desember i år. Utvalget har levert et omfattende lovutkast med bl.a. forslag til bestemmelser om elektrokonvulsiv behandling (ECT). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forskrivningsrett på prevensjon til de under 16 år

Vedtak nr. 589, 13. juni 2019

«Stortinget ber regjeringen fjerne begrensningen som gjør at helsesykepleiere og jordmødre ikke har forskrivningsrett på alle typer prevensjon til unge under 16 år.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga *Gode liv i eit trygt samfunn*, jf. Innst. 269 S (2018–2019).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Stortingssesjon (2017–2018)

Evaluering av fastlegeordningen

Vedtak nr. 2, 11. oktober 2017

«Stortinget ber regjeringen evaluere fastlegeordningen og fremme sak til Stortinget med forslag om endringer i ordningen som sikrer at målene for fastlegereformen innfris.»

Vedtaket ble truffet gjennom votering over forslag 2 i forbindelse med trontaledebatten 11. oktober 2017.

Vedtaket følges opp ved at en evaluering er gjennomført. Dens to delrapporter er mottatt høsten 2019. Endringer i ordningen vil bli drøftet i en handlingsplan for allmennlegetjenesten som skal legges frem våren 2020. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Internasjonalt samarbeid om medisininnkjøp

Vedtak nr. 50, 4. desember 2017

«Stortinget ber regjeringen vurdere økt internasjonalt samarbeid om medisininnkjøp for å øke markedsmakten overfor legemiddelindustrien.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2017–2018), jf. Innst. 2 S (2017–2018).

I Prop. 1 S (2018–2019) ble det redegjort for at anmodningsvedtaket følges opp ved at det er opprettet dialog med ulike land om samarbeid på legemiddelområdet. I Innst. 291 S (2018–2019) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen viser komiteen til at vedtaket kan utkvitteres.

Medisinstudenter i primærhelsetjenesten

Vedtak nr. 363, 19. desember 2017

«Stortinget ber regjeringen komme til Stortinget med en sak om hvordan alle medisinstudenter kan sikres økt praksis i primærhelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018).

Det er over tid identifisert behov for at en større andel av medisin og andre helseprofesjonsstudier ivaretas i primærhelsetjenesten. Uprøvinger av mer desentraliserte utdanninger pågår flere steder, og tiltak som kan bidra til å stimulere til dette vil bli vurdert. Nye retningslinjer for medisinutdanningen utarbeidet av representanter fra utdanningsinstitusjonen og primær- og spesialisthelsetjenesten har vært på høring sommeren 2019 og skal etter planen fastsettes av Kunnskapsdepartementet innen utgangen av 2019. Retningslinjene inneholder læringsutbyttebeskrivelser og krav til praksisperiodene som alle utdanningene må oppfylle. Retningslinjene skal danne grunnlaget for utdanningsinstitusjonenes studieplaner. Det vil være viktig å følge effekten av disse tiltakene over tid. Det vises for øvrig til omtale under kap. 783.

Kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler

Vedtak nr. 434, 30. januar 2018

«Stortinget ber regjeringen medvirke til at kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler og kapasitet i førstelinjen øker, ved å bidra til at kommunene kan ansette flere ergoterapeuter. I tillegg ber Stortinget regjeringen vurdere hvordan likemannsarbeidet i regi av frivillige organisasjoner kan styrkes, herunder som et bidrag til en styrking av kompetansen hos de kommunale syns- og hørselskontaktene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:57 S (2017–2018), Innst. 101 S (2017–2018).

Kontroll- og konstitusjonskomiteen hadde i Innst. 291 S (2018–2019) merknad om at det fortsatt gjenstår et arbeid for å styrke kompetansen hos de kommunale syns- og hørselskontaktene, i tråd med vedtaket, og vil derfor ikke utkvittere anmodningsvedtaket. Helse- og omsorgsdepartementet tolker merknaden, slik at deler av anmodningsvedtaket er kvittert ut. Resten av anmodningsvedtaket følges opp gjennom at likepersonsarbeidet utvikles i regi av pasientorganisasjonene og regjeringen foreslår i budsjettet for 2020 en videreføring av det øremerkede tilskuddet til Hørselshemmedes landsforbunds likemannsarbeid med 2 mill. kroner, jf. omtale under kap. 761, post 71.

Reduksjon i alkoholforbruk

Vedtak nr. 436, 31. januar 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til tiltak for å nå de politiske målene om reduksjon i alkoholforbruket.»

Vedtaket ble truffet gjennom votering over forslag 1 i forbindelse med debatten etter erklæring fra regjeringen Solberg 31. januar 2018.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Nye finansieringsformer- Boliger til eldre

Vedtak nr. 438, 31. januar 2018

«Stortinget ber regjeringen legge fram en sak om hvordan nye finansieringsformer for boliger til eldre kan bidra til å redusere behovet for sykehjemsplasser og andre former for heldøgns omsorg.»

Vedtaket ble truffet gjennom votering over forslag 3 i forbindelse med debatten etter erklæring fra regjeringen Solberg 31. januar 2018.

Regjeringen har startet arbeidet med et kunnskapsgrunnlag, slik at vi kan vurdere virkemidler som legger til rette for at flere kan bo hjemme lenger, samt gode og tilpassede boligløsninger for den enkelte, i tråd med flere av plattformspunktene fra regjeringserklæringen.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Legedekning i primærhelsetjenesten

Vedtak nr. 464, 13. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen følge opp samhandlingsreformen og på egnet vis sikre opptrapping av legedekningen i primærhelsetjenesten generelt og i fastlegeordningen spesielt.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 8:3 S (2017–2018) om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, jf. Innst. 109 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp bl.a. gjennom trepartssamarbeidet mellom staten, KS og Legeforeningen, evaluering av fastlegeordningen, utredninger og en handlingsplan for allmennlegetjenesten som legges frem i 2020. Vedtaket må sees i sammenheng med vedtak nr. 465-467. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Listelengde i fastlegeordningen

Vedtak nr. 465, 13. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen evaluere finansieringsordningen og redusere gjennomsnittlig listelengde i fastlegeordningen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 8:3 S (2017–2018) om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, jf. Innst. 109 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp bl.a. gjennom rekrutteringstilskuddet til kommuner med rekrutteringsutfordringer. Rekrutteringstilskuddet er i 2019 på 63,9 mill. kroner (kap. 762, post 63). Det foreslås rekrutteringstilskudd også i 2020. Videre

følges vedtaket opp gjennom trepartssamarbeidet mellom staten, KS og Legeforeningen, evaluering av fastlegeordningen, utredninger og en handlingsplan for allmennlegetjenesten som legges frem i 2020. Vedtaket må sees i sammenheng med vedtak nr. 464, 466 og 467. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Utdanningsstillinger i allmenmedisin

Vedtak nr. 466, 13. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for en gradvis opptrapping av antall utdanningsstillinger i allmenmedisin, der en ser på ulike modeller for å ivareta faglig støtte og sosiale rettigheter, og informere Stortinget om dette i statsbudsjettet for 2019.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 8:3 S (2017–2018) om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, jf. Innst. 109 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp ved at det gjennom trepartssamarbeidet mellom staten, KS/Oslo kommune og Legeforeningen er utredet modeller for avtaler mellom kommuner og fastleger som tilrettelegger for gjennomføring av spesialisering for leger i allmenmedisin. I budsjettene for 2018 og 2019 ble det gitt tilskudd til kommuner med rekrutteringsutfordringer til å øke antall fastleger som inngår avtale om spesialisering i allmenmedisin (Alis). I tillegg til tilskudd til prosjektene Alis-Vest og Alis-Nord, er det gjennom rekrutteringstilskuddet i 2019 gitt tilskudd til dette formålet og foreslått at det i 2020 bevilges midler til ytterligere 200 nye Alis-avtaler. Alis-avtalene som er opprettet og planlagt dekker både fastlønne stillinger og privat næringsdrift. Formålet med disse avtalene er å tilrettelegge for rekruttering der det er rekrutteringsutfordringer. Vi velger å bruke betegnelsen Alis-avtaler i stedet for utdanningsstillinger siden målgruppen ikke bare er ansatte. Slike avtaler gir legene goder som kommer i tillegg til rettighetene som følger av forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). Det ytes også tilskudd til kommuner for å oppfylle forpliktelsene til å tilrettelegge for spesialisering for alle leger i tråd med forskriften. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Allmennlege i spesialisering (ALIS)

Vedtak nr. 467, 13. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen gjøre prosjektordningen med allmennlege i spesialisering (ALIS) til en nasjonal ordning der allmennleger i spesialisering sikres tilbud om fastlønn.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 8:3 S (2017–2018) om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, jf. Innst. 109 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp bl.a. gjennom treparts-samarbeidet mellom staten, KS/Oslo kommune og Legeforeningen, evaluering av fastlegeordningen, utredninger og en handlingsplan for allmennlegetjenesten. Regjeringen foreslår i budsjettet for 2020 at 5 kommuner (Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar) gis tilskudd for å bistå kommuner i regionen med å inngå og følge opp Alis-avtaler. Denne funksjonen er gitt betegnelsen Alis-kontor og vil ved dette dekke hele landet. Alis-kontorene skal bidra til rekruttering og tilrettelegging for legenes spesialisering i allmennmedisin og til trygghet for legen gjennom spesialiseringsløpet ved å bistå kommuner med å planlegge, etablere og følge opp Alis-avtaler. Vedtaket må sees i sammenheng med vedtak nr. 464, 465 og 466. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Legevakt- og fastlegeordningen

Vedtak nr. 468, 13. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme en egen sak til Stortinget om forbedringer i legevaktordningen som også bidrar til rekrutteringen til fastlegeordningen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 8:3 S (2017–2018) om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, jf. Innst. 109 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp gjennom flere tiltak på legevaktfeltet bl.a. gjennomgang av akuttmedisinforskriften og oppfølging av forskriften gjennom avsatt bevilgning, veileder for legevaktjenesten, utvikling av kvalitetsmål for legevaktjenesten og pilotprosjektet på legevaktfeltet. I tillegg følges vedtaket opp gjennom oppfølgingen av anmodningsvedtak nr. 2, 464, 465, 466 og 467 fra stortings sesjon

(2017–2018). Legevakt vil også være tema i handlingsplanen for allmennlegetjenesten som skal legges frem våren 2020.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Evaluering av turnusordningen

Vedtak nr. 469, 13. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen i lys av den varslede evalueringen av turnusordningen fremme nødvendige forslag til endringer og økonomiske incentiver for å styrke rekrutteringen av medisinstudenter til lokalsykehus og rekrutteringssvake områder i kommunehelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:3 S (2017–2018), jf. Innst. 109 S (2017–2018).

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2019 fått i oppdrag å gjennomføre en evaluering av omleggingen av turnusordningen til LIS1-stillinger. Direktoratet har også kommet med forslag til endringer som kan ha konsekvenser for distriktene i forbindelse med en rapport om vurderinger av dimensjoneringen av antall LIS1-stillinger. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Prioriteringsutvalget (NOU 2014: 12)

Vedtak nr. 471, 13. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014: 12) og evaluere hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:49 S (2017–2018), jf. Innst. 111 S (2017–2018).

Det pågår et betydelig utviklingsarbeid for å forbedre finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten. Det gjøres endringer i innsatsstyrt finansiering (ISF) for at ordningen bedre skal understøtte ønsket utvikling av tjenesten. Videreutviklingen av ISF dreier seg bl.a. om å legge til rette for mer helhetlige pasientforløp og bruk av ny teknologi. Endringer i ISF framover vil påvirke insentivstrukturen i ordningen. Kostnadsvektene i ISF-ordningen beregnes i tillegg på en ny og mer presis måte fra 2018, med bruk av «kostnad per pasient»-data. Regjeringen har videre nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere modellen for inntektsfordeling mellom regionene. Utvalget skal etter planen levere sin innstilling i november 2019.

På nåværende tidspunkt vil det derfor ikke igangsettes en egen evaluering av hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene. Vedtaket anses som fulgt opp, og det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 76.

Oppfølging av vedtak nr. 307 (taxfree-salg)

Vedtaket nr. 506, 27. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen følge opp vedtak nr. 307, jf. Prop. 1 LS (2016–2017), jf. Innst. 3 S (2016–2017), med en egen sak til Stortinget i løpet av 2018.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:50 S (2017–2018), jf. Innst. 124 S (2017–2018).

I Prop. 1 S (2018–2019) ble det redegjort for at vedtaket følges opp gjennom en igangsatt utredning av saken. I Prop. 25 S (2018–2019) fulgte regjeringen opp Stortingets vedtak nr. 307 (2016–2017) og vedtak nr. 506 (2017–2018) om å vurdere alle konsekvenser av og nødvendige lovendringer for at Vinmonopolet skal overta taxfree-salget av alkohol ved norske flyplasser ved utløp av gjeldende anbudsperioder, jf. Innst. 259 S (2018–2019). I Innst. 291 S (2018–2019) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen viser komiteen til at vedtaket kan utkvitteres..

Barn på sykehjem

Vedtaket nr. 507, 27. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme de nødvendige forslag til lov- og/eller forskriftsendring for å sikre at kommuner ikke kan bosette barn i sykehjem i strid med familienes ønske og barnets beste.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:67 S (2017–2018), jf. Innst. 125 S (2017–2018).

Regjeringen anser det ikke for å være behov for lov- og/eller forskriftsendringer på dette området. Det vises til nærmere omtale av oppfølgingen av vedtaket under kap. 761.

Institusjonsplasser for barn

Vedtaket nr. 508, 27. februar 2018

«Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak med orientering om bruk av institusjonsplasser for barn i strid med barnets beste og familiens ønsker.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:67 S (2017–2018), jf. Innst. 125 S (2017–2018).

Ved behandling av Dokument nr. 8:67 S (2017–2018), jf. Innst. 125 S (2017–2018) ble det truffet tre anmodningsvedtak vedrørende barn og opphold i sykehjem. Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtak nr. 508 ved at Helsedirektoratet har gitt fylkesmennene et tilleggsoppdrag med å rapportere antall barn under 18 år med langtidsopphold i institusjon (jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon §1 bokstav c) og d). Fra 2020 vil rapporteringen inngå som en del av det faste oppdraget med kartlegging av unge med opphold i institusjon. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Nyfødtscreening

Vedtaket nr. 577, 5. april 2018

«Stortinget ber regjeringen, innen utgangen av denne stortingsperioden, å utrede forvalteransvar og informasjonsansvar knyttet til nyfødtscreeningens register og som på en tilstrekkelig måte ivaretar personvernet, informasjon om ordningen og reservasjonsretten etter 16 års alder.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 26 L (2017–2018) Endringer i behandlingsbiobanken (varig lagring av blodprøvene i nyfødtscreeningen), jf. Innst. 182 L (2017–2018).

Vedtaket følges opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet ga i juni 2018 Helse Sør- Øst RHF i oppdrag å sørge for at det gis informasjon til de enkelte foreldre og barn i Nyfødtscreeningen slik det kreves i behandlingsbiobankloven § 9a og i overgangsbestemmelsen i punkt II i lov 15. mai 2018 nr. 17 om endringer i behandlingsbiobankloven. Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, etablere teknisk løsning for varsling og gjennomføre varsling, samt etablere nødvendige ordninger for tilbaketrekning av samtykke og mulighet for å kunne kreve destruksjon av enkeltprøver. Prosjektet skal forankres i alle de regionale helseforetakene.

Nyfødtscreeningen etablerte i juni 2019 ny teknisk løsning og oppdatert informasjon til foreldrene om tilbaketrekning av samtykke og destruksjon av prøvene. En automatisert løsning til erstatning for manuelle overføringer av data skal være klar høsten 2019.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Handlingsplan mot selvmord og selvskading

Vedtak nr. 614, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen fremlegge en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading, inkludert forebygging av selvmord blant pasienter innlagt i eller nylig utskrevet fra psykisk helsevern. Fagmiljø, pasient- og pårørende-grupper må involveres i utarbeidingen, og nullvisjon må vurderes som overordnet målsetting.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag om lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene, jf. Innst. 193 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp ved at regjeringen vil utarbeide en ny handlingsplan for selvmordsforebygging. Forebygging av selvskading er omhandlet i Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Regelverket for pasientreiser

Vedtak nr. 615, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen foreta en bred gjennomgang av regelverket for pasientreiser og fremme en sak for Stortinget med tiltak for å forenkle og forbedre ordningen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:98 S (2017–2018), jf. Innst. 196 S (2017–2018).

Vedtaket ble fulgt opp med oppdrag til Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2019. Gjennomgangen må ses i sammenheng med oppfølgingen av anmodningsvedtak 616 og 617 av 19. april 2018. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Evalueringsprosess av pasientreiseforskriften

Vedtak nr. 616, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen starte evalueringsprosessen av pasientreiseforskriften i løpet av august 2019.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:98 S (2017–2018), jf. Innst. 196 S (2017–2018).

Vedtaket ble fulgt opp med oppdrag til Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2019. Gjennom-

gangen må ses i sammenheng med oppfølgingen av anmodningsvedtak 615 og 617 av 19. april 2018. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Organisering av pasientreiseordningen

Vedtak nr. 617, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen i sitt oppdragsdokument be de regionale helseforetak gå gjennom organiseringen av pasientreiseordningen. Denne gjennomgangen bør foretas parallelt med evalueringen av pasientreiseforskriften.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:98 S (2017–2018), jf. Innst. 196 S (2017–2018).

Vedtaket ble fulgt opp med krav i foretaksrådet med de regionale helseforetakene 15. januar 2019. Her ble de regionale helseforetakene bedt om å gå gjennom organiseringen av pasientreiseordningen. Gjennomgangen skal foretas parallelt med oppdrag gitt til Helsedirektoratet om gjennomgang av regelverket for pasientreiser og evalueringen av pasientreiseforskriften, jf. anmodningsvedtakene 615 og 616 av 19. april 2018. Formålet med arbeidet skal være å sikre en organisering av pasientreiseområdet som bidrar til forsvarlige og likeverdige tjenester. Endelig rapport sendes departementet innen 1. juni 2020.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Bakvakt og akuttmedisinforskriften

Vedtak nr. 620, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen endre akuttmedisinforskriften § 7 slik at det ikke settes et generelt krav til bakvakt med utrykningsplikt.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 129 S (2017–2018) om å endre akuttmedisinforskriftens krav til bakvakt i legevakt, jf. Innst. 218 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom en helhetlig gjennomgang av akuttmedisinforskriften. Et forslag til endringer i akuttmedisinforskriften, der det bl.a. foreslås å endre kravet til bakvakt slik at det ikke stilles et generelt krav til utrykningsplikt for bakvakten, ble sendt på høring 23. august 2019. Det vises til omtale på kap. 762, post 63.

Bakvakt og vaktkompetanse

Vedtak nr. 621, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at alle legevakter har en ordning der bakvakt med lokalkunnskap og selvstendig vaktkompetanse er tilgjengelig på telefon for leger uten selvstendig vaktkompetanse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 129 S (2017–2018) om å endre akuttmedisinforskriftens krav til bakvakt i legevakt, jf. Innst. 218 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom en helhetlig gjennomgang av akuttmedisinforskriften. Det vises til oppfølging av anmodningsvedtak nr. 620 over og omtale på kap. 762, post 63.

Samboergaranti for omsorgstjenester

Vedtak nr. 623, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen om å ta inn bestemmelser om samboergaranti, som er uavhengig av ektefelles eller samboers behov for omsorgstjenester, ved utarbeidelse av nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:128 S (2017–2018), jf. Innst. 217 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et forslag om å forskriftsfeste en samboergaranti i forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Oppfølging av rapporten «Gode liv i Norge»

Vedtak nr. 624, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen følge opp hovedanbefalingene i Helsedirektoratets rapport Gode liv i Norge, slik at helhetlig informasjon om livskvalitet kommer inn i grunnlaget for helsepolitikken.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:130 S (2017–2018), jf. Innst. 2019 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp gjennom oppfølging av Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga, og i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelsein-

stituttet og Statistisk sentralbyrå. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Styringen av helsevesenet

Vedtak nr. 625, 18. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen integrere målene for livskvalitet i styringen av helsevesenet i større grad enn i dag.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:130 S (2017–2018), jf. Innst. 2019 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp gjennom oppfølging av Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga, og må sees i sammenheng med vedtak nr. 627. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Folkehelseinstituttet – målesystem for livskvalitet

Vedtak nr. 626, 18. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen avklare om Folkehelseinstituttet er den best egnede etaten for koordineringen av målesystemet for livskvalitet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:130 S (2017–2018), jf. Innst. 2019 S (2017–2018).

Det er flere etater som kan være godt egnet for å koordinere målesystemet. Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp som del av oppdrag til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Nasjonale undersøkelser om livskvalitet

Vedtak nr. 627, 18. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen vurdere hvordan man kan utvide eksisterende nasjonale undersøkelser om livskvalitet, herunder hvordan man kan legge til rette for nødvendig støtte til fylkeskommunale/kommunale undersøkelser for best mulig datatilfang.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:130 S (2017–2018), jf. Innst. 2019 S (2017–2018).

Anmodningsvedtakene 627, 628 og 629 må sees i sammenheng. Spørsmål om livskvalitet er nå innarbeidet i opplegget for fylkeshelseunder-

søkelsene. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark som ble gjennomført i juni 2019, benyttet det nye instrumentet for måling av livskvalitet i befolkningen. Flere fylker gjennomfører nå, eller planlegger å gjennomføre fylkeshelseundersøkelser hvor livskvalitet nå er innarbeidet. Statistisk sentralbyrå (SSB) har, på oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomført en metodisk testing av et forslag til spørreskjema om livskvalitet, og Helsedirektoratet planlegger i samarbeid bl.a. med Folkehelseinstituttet og SSB å gjennomføre en nasjonal livskvalitetsundersøkelse. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal fortsette arbeidet med å innhente og publisere data om livskvalitet. Basert på erfaringene med livskvalitet i fylkeshelseundersøkelsene, samt ev. gjennomført egen nasjonal livskvalitetsundersøkelse vil departementet gi i oppdrag til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet om å utarbeide et forslag til en nasjonal modell for måling av livskvalitet, herunder ansvar, organisering, publisering og tilgjengeliggjøring av data, samt rapportering av status for livskvalitet i befolkningen og for ulike grupper. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Data om livskvalitet

Vedtak nr. 628, 18. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til tiltak for hvordan de vil gjøre tilfanget av data om livskvalitet tilgjengelig på en best mulig måte.»

Vedtaket ble truffet ble truffet ved behandling av Dokument 8:130 S (2017–2018), jf. Innst. 2019 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket må sees i sammenheng med nr. 627, og følges opp som omtalt der.

Rapportering om livskvaliten i Norge

Vedtak nr. 629, 18. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen rapportere om status for livskvaliteten i Norge som helhet og for utvalgte sårbare grupper, i de ordinære statsbudsjettbehandlingene i Stortinget.»

Vedtaket ble truffet ble truffet ved behandling av Dokument 8:130 S (2017–2018), jf. Innst. 2019 S (2017–2018). Anmodningsvedtaket må sees i sammenheng med nr. 627, og følges opp som omtalt der.

Mødre/foreldre med rusavhengighet

Vedtak nr. 632, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen gi mødre/foreldre med utfordringer knyttet til rusavhengighet tilbud om oppfølging og utredning.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:29 S (2017–2018), jf. Innst. 215 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom de 6 pakkeforløpene som fra 1. januar 2019 ble innført for psykisk helse og rus. Videre vil Helsedirektoratet i løpet av høsten 2019 utarbeide et eget pakkeforløp for gravide og rus. I tillegg vil Helsedirektoratet i løpet av høsten 2019 utgi en revidert nasjonal retningslinje for gravide i LAR. Det vises til omtale under kap. 734.

Tilbud til rusmisbrukere

Vedtak nr. 633, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at man utvider det oppsøkende tilbudet til tyngre rusmisbrukere, for eksempel gjennom en styrket satsing på feltsykepleiere.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:29 S (2017–2018), Innst. 215 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom Opptappingsplanen for rusfeltet, hvor utvikling av oppsøkende behandlingstilbud til mennesker med omfattende rusmiddelproblemer er et prioritert tiltak. Gjennom opptappingsplanen er tilskuddet til etablering av oppsøkende behandlingsteam styrket samtidig som kommunenes rammer for kommunalt rusarbeid er betydelig økt. I samme tidsrom har det vært markant vekst i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddellidelser. Dette sammen med økte bevilgninger til ideelle og frivillige organisasjoner på rusfeltet, gjør at rammene for innsatsen både fra stat, kommune og ideelle overfor mennesker med omfattende rusmiddelproblematikk er styrket. Det vises til omtale under kap. 765, post 62.

Evaluerings av LAR-ordningen

Vedtak nr. 634, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen evaluere LAR-ordningen og fremme tiltak for å sikre innhold, kvalitet og forbedringer i ordningen, slik at LAR kan fungere optimalt.»

Vedtaket ble truffet i Stortingets behandling av Dokument 8:29 S (2017–2018), jf. Innst. 215 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket blir fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang arbeidet med å revidere gjeldende retningslinje for LAR. Dette arbeidet vil etter planen bli ferdigstilt i løpet av 1. halvår 2020. Revidering av retningslinjen vil bl.a. medføre økt brukermedvirkning og vurdering av nye legemidler i LAR. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Nasjonal overdosestrategi

Vedtaket nr. 636, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen innarbeide tiltak mot overdoser med sterke smertestillende medikamenter i ny nasjonal overdosestrategi.»

Vedtaket ble truffet i Stortingets behandling av Dokument 8:76 S (2017–2018), jf. Innst. 216 S (2017–2018).

Helse- og omsorgsdepartementets nye 4-årige nasjonale overdosestrategi ble lansert av helseministeren 18. mars i år. I denne strategien inngår også vurdering av nye tiltak for å forbygge overdoser ved sterke smertestillende medikamenter. Det vises til omtale under kap. 734.

Spesialisering innen geriatri

Vedtaket nr. 641, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at det er tilstrekkelig kapasitet for spesialisering innen geriatri for leger og sykepleiere.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp ved at det som ledd i implementering av ny spesialistutdanning for leger har 16 (av 19 aktuelle) helseforetak og 3 private sykehus søkt om godkjenning som utdanningsvirksomhet i geriatri. Dette viser at utdanningskapasiteten for geriater er tilstrekkelig. Det finnes videreutdanninger i universitets- og høyskolesektoren i geriatrik sykepleie og geriatrik helsearbeid, for sykepleiere og andre helsepersonellgrupper. Masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie, som har vært på høring, skal utdanne kandidater som er kvalifisert til å yte helsehjelp til pasienter i alle aldre og skal rettes

mot de samlede behovene i befolkningen, inkludert helsetjenester til eldre og skrøpelige med store og sammensatte behov. Det vises for øvrig til nærmere omtale under kap. 783.

Spesialisering innen geriatri

Vedtaket nr. 642, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle akutt-sykehus i Norge har breddekompetanse innen behandling av eldre, og at alle store akutt-sykehus skal ha spesialist i geriatri.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018).

16 (av 19 aktuelle) helseforetak og 3 private sykehus har søkt om godkjenning som utdanningsvirksomhet i geriatri. Forutsetningen for godkjenning som utdanningsvirksomhet er at foretaket/sykehuset har ansatt spesialister i geriatri. Av de tre helseforetakene som ikke har søkt godkjenning, har Helse Bergen ansatt spesialister i geriatri, mens Helse Førde og Nordlandssykehuset Bodø har indremedisiner med geriatrik kompetanse uten formell spesialitet. I ny spesialisert utdanning for leger er det læringsmål i spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin og i de indremedisinske spesialitetene som sikrer breddekompetanse innen behandling av eldre. Vedtaket anses som fulgt opp, og det vises for øvrig til omtale under kap. 783.

Eldre pasienter med sammensatte lidelser

Vedtaket nr. 643, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle sykehus etterlever veiledningsplikten overfor kommunene og inngår forpliktende samarbeidsavtaler med kommunene om helhetlige og sammenhengende tjenester for gruppen eldre pasienter med sammensatte lidelser, med økt bruk av koordinator og individuell plan.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018).

Regjeringen tar sikte på å følge opp anmodningsvedtaket i forbindelse med ny Nasjonal helse- og sykehusplan, som vil bli lagt fram for Stortinget i løpet av 2019.

Pasientinformasjon mellom sykehus og kommuner
Vedtak nr. 644, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme tiltak som sikrer god overføring av pasientinformasjon mellom sykehus og kommunehelsetjenesten ved alle inn- og utskrivninger av eldre pasienter i sykehus.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018).

Regjeringen følger opp anmodningsvedtaket i forbindelse med ny Nasjonal helse- og sykehusplan, som vil bli lagt fram for Stortinget i løpet av 2019.

Bemanning på sykehjem
Vedtak nr. 645, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen styrke legebemanning og geriatrisk kompetanse på sykehjem for å hindre unødvendige innleggelser på sykehus og sikre mer helhetlige tjenester for eldre pasienter med sammensatte lidelser.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp ved at det har vært en vekst i antall legeårsverk i institusjon for eldre og funksjonshemmede, som regjeringen har lagt til rette for ved vekst i kommunene frie inntekter. Videre har det vært en styrking på geriatrisk kompetanse på sykehjem gjennom regjeringens arbeid med Kompetanseløft 2020. Det vises til nærmere omtale på kap. 761.

Assistert befruktning for enslige
Vedtak nr. 718, 15. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget på egnet måte for å åpne for assistert befruktning også for enslige.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 39 (2016–2017) Evaluering av bioteknologiloven, jf. Innst. 273 S (2017–2018).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Sæddonasjon
Vedtak nr. 719, 15. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget på egnet måte for å sette begrensninger for bruk av donorsæd til antall familier per donor, ikke antall barn per donor.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 39 (2016–2017) Evaluering av bioteknologiloven, jf. Innst. 273 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp ved at departementet har bedt Helsedirektoratet om å revidere retningslinjene for sæddonasjon slik at det settes begrensninger for bruk av donorsæd til antall familier per donor, ikke antall barn per donor. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med nødvendige endringer i retningslinjer og praksis for å følge opp anmodningsvedtaket.

Assistert befruktning
Vedtak nr. 721, 15. mai 2018

«Stortinget mener at inseminasjon ikke teller som bruk av de tre offentlige forsøkene med assistert befruktning.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 39 (2016–2017) Evaluering av bioteknologiloven, jf. Innst. 273 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp ved at departementet i høringsnotat 15. mai 2019 om endringer i bioteknologiloven foreslår å endre forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta § 9 slik at det er klart at inseminasjon ikke teller som bruk av de tre offentlige forsøkene med assistert befruktning. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Arbeids- og sluttavtaler for ledere i helseforetak
Vedtak nr. 722, 15. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå arbeids- og sluttavtaler for ledere av alle helseforetak for å avklare om avtalene er i samsvar med statens reviderte retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte av 13. februar 2015.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:145 S (2017–2018), jf. Innst. 272 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i foretaksmøtet 13. juni

2018 fikk i oppdrag å gjennomgå avtaler for ledende ansatte og tilse at disse er i tråd med statens retningslinjer. Helse Nord RHF har koordinert dette arbeidet på vegne av de fire regionale helseforetakene. En oppsummering av gjennomgangen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2019. I henhold til kartleggingen helseforetakene har gjennomført har Helse Nord RHF vurdert at statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte etterleves.

Sluttvederlag i helseforetakene

Vedtak nr. 723, 15. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen vurdere helseforetakenes praksis med sluttvederlag og etterlønn og sikre at helseforetakene ikke tar i bruk sluttvederlag når lederen selv har tatt initiativ til oppsigelse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:145 S (2017–2018), jf. Innst. 272 S (2017–2018).

Helseministeren har i tidligere foretaksmøter fastslått at statens retningslinjer gjelder for helseforetakene. Retningslinjene har en egen omtale av sluttvederlag, hvor det fremgår at sluttvederlag og lønn ikke bør overstige 12 månedslønner. Det fremgår videre at sluttvederlag ikke bør benyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelsen.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i foretaksmøte 13. juni 2018 fikk i oppdrag å gjennomgå helseforetakenes bruk av sluttavtaler, etterlønn og avtaler om rettsstillinger til ledende ansatte, og på grunnlag av denne gjennomgangen vurdere om man bør etablere et felles normativt rammeverk for bruk og innretning av slike avtaler. Helse Nord RHF har koordinert dette arbeidet på vegne av de fire regionale helseforetakene. En oppsummering av gjennomgangen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2019. I henhold til kartleggingen helseforetakene har gjennomført har Helse Nord RHF vurdert at statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte etterleves.

Nasjonale retningslinjer for barselomsorgen

Vedtak nr. 747, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at helseforetakene implementerer Nasjonal faglig retnings-

linje for barselomsorgen fra 2014 i sine tjenester. Utreise fra føde-/barselavdeling skal alltid tilpasses kvinnen og den nyfødte sine behov, og utreisevurderingen skal alltid gjøres sammen med kvinnen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av representantforslag 154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og representantforslag 168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er blitt fulgt opp ved at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å rapportere hvordan retningslinjen generelt og anbefalingen om utreisevurdering spesielt, er implementert. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Jordmortjenesten

Vedtak nr. 748, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen styrke den kommunale jordmortjenesten og vurdere ny finansiering, slik at det blir mer attraktivt for kommuner å tilsette jordmødre.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Representantforslag 168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp ved at Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2019 ble gitt i oppdrag å vurdere finansiering av tjenester ytt av jordmor til gravide og barselkvinner i kommunene og sammenlikne denne med finansiering av tjenester til samme målgruppe ytt av andre yrkesgrupper som lege og helsesykepleier. Helsedirektoratet har levert en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp. Vedtaket er også fulgt opp gjennom en betydelig styrking av jordmorkapasiteten gjennom tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten inkludert særskilt tilskudd til jordmorkompetanse. Se omtale under kap. 762, post 60. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Fødselsomsorg

Vedtak nr. 750, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre en trygg og fremtidsrettet fødselsomsorg ved å sikre dagens fødeinstitusjoner.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av representantforslag 154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og representantforslag 168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

Vedtaket vil bli fulgt opp ved at det gis føring i oppdragsdokument for 2020 til de regionale helseforetakene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Følgetjeneste for gravide

Vedtak nr. 751, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en kartlegging som gir en nasjonal oversikt over hvorvidt følgetjenesten for gravide er tilstrekkelig utviklet og fungerende.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av representantforslag 154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og representantforslag 168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å kartlegge følgetjenesten for gravide, og vil rapportere på dette i årlig melding innen 15. mars 2020. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Fødselsomsorg og liggetid

Vedtak nr. 752, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at kort liggetid på sykehus skal være kvinnens eget ønske, ikke økonomisk betinget. Nye sykehus skal dimensjoneres etter faglige behov.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av representantforslag 154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter

fødsel, og representantforslag 168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

Vedtaket blir fulgt opp ved at det gis føring i oppdragsdokumentet for 2020 til de regionale helseforetakene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Fødselsomsorg

Vedtak nr. 753, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det gjøres en ny vurdering av behovet for å innføre et screening-tiltak for å avdekke depresjon blant gravide kvinner /barselkvinner.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 154 S (2017–2018) om tiltak for å sikre mor og barn ei fagleg god barselomsorg og hindre uforsvarlege kutt i liggjetid på sjukehus etter fødsel, og Representantforslag 168 S (2017–2018) om åtte tiltak for å sikre trygg fødselsomsorg, jf. Innst. 280 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp gjennom oppdrag til HelseDirektoratet i tildelingsbrevet for 2019. Etter anbefaling fra HelseDirektoratet vurderer Helse- og omsorgsdepartementet at det vil være hensiktsmessig å vurdere behovet for screening av gravide og barselkvinner som en del av et pågående nordisk prosjekt innen samme fagområde som vil legge fram sine erfaringer i 2021.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Vikarbruk i helseforetakene

Vedtak nr. 755, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå vikarbruken i helseforetakene for å se til at bruken ikke er i strid med arbeidsmiljølovens bestemmelser.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:159 S (2017–2018), jf. Innst. 281 S (2017–2018).

Ved behandlingen av Prop. 1 S (2018–2019) og Innst. 11 S (2018–2019) ba Helse- og omsorgskomiteens flertall om å få oversendt resultatene fra gjennomgangen.

Vedtaket ble fulgt opp i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2019. Her ble de regionale helseforetakene bedt om å sammenstille kunnskapen om bruk av helsepersonellvikarer og levere en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene har

i august 2019 oversendt en rapport om kunnskapsgrunnlaget i tråd med kravet fra foretaksmøtet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom redegjørelsen under kap. 732. Rapporten fra de regionale helseforetakene vil bli oversendt til Helse- og omsorgskomiteen.

Ekstern innleie i helseforetakene

Vedtak nr. 756, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for nedtrapping i bruken av ekstern innleie i helseforetakene parallelt med økt bruk av fast ansatte vikarer, også kjent som vikarpooler.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:159 S (2017–2018), jf. Innst. 281 S (2017–2018).

I Prop. 1 S (2018–2019) ble det redegjort for at vedtaket vil bli fulgt opp gjennom løpende rapportering fra de regionale helseforetakene. I Innst. 291 S (2018–2019) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen viser komiteen til at vedtaket kan utkviteres.

Seksuelle overgrep mot barn

Vedtak nr. 797, 29. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det utredes en helhetlig behandlings- og oppfølgingstjeneste til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:140 S (2017–2018), jf. Innst. 316 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom at Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet etablering av en helhetlig lavterskeltjeneste med behandlingstilbud til mennesker som står i fare for å begå seksuelle overgrep, og fremmet forslag til hvordan en slik tjeneste kan utformes. Regjeringen foreslår å bevilge 12,5 mill. kroner i 2020 til oppfølging av Opptrappingsplan mot vold og overgrep. Midlene foreslås bevilget til å etablere et landsdekkende lavterskeltilbud med behandling for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn og unge.

Det vises til nærmere omtale under kap. 765, post 21.

Kosmetiske injeksjoner

Vedtak nr. 839, 5. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av og fremme forslag om regulering av tilbud og bruk av kosmetiske injeksjoner. Aldersbegrensninger, krav til behandlere og lokaliteter må være del av denne. Videre må sanksjonsmuligheter tydeliggjøres. Forbud mot markedsføring av kosmetiske injeksjoner og mot bestilling og bruk i private hjem bør være del av beslutningsgrunnlaget som fremlegges for Stortinget.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:174 S (2017–2018), jf. Innst. 348 S (2017–2018).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtak nr. 840, 5. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme tiltak som sikrer at ettervern blir en integrert del av behandlingstilbudet for pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:174 S (2017–2018), jf. Innst. 348 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom arbeidet med Opptrappingsplanen for rusfeltet. Opptrappingsplanen medfører styrking av de kommunale tjenestene til rusavhengige nettopp for å følge bedre opp mennesker som har vært i rusbehandling. Videre har de seks første pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus blitt innført fra 2019. Behovet for oppfølging og tjenester etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten kan være svært variert, og det er derfor viktig at det er enkeltpasientens behov som står i sentrum. Innføringen av pakkeforløp medfører også at alle skal ha en koordinator som skal bistå den enkelte i gjennomføringen av pakkeforløpet. Det er også et mål å øke bruken av individuell plan, for å sikre koordinert og samordnet hjelp på pasientens premisser. Det vises til omtale under kap. 734.

Behandling av ruslidelse

Vedtak nr. 841, 5. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at tilbydere av døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelse får et tydeligere ansvar for et forpliktende samarbeid med hjemkommunene om ettervern. Det skal alltid utarbeides en individuell plan for oppfølging etter behandling. Oppfølgingen skal ha mål om tilbakeføring til ordinært arbeidsliv, utdanning eller annen aktivitet, og en forpliktende plan for dette må være på plass før utskrivelse.»

Vedtaket ble truffet i Stortingets behandling av Dokument 8:179 S (2017–2018), jf. Innst. 345 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp i Helsedirektoratets utarbeidelse av pakkeforløp innen rus og psykisk helse. Fra 1. januar 2019 ble de første pakkeforløpene innen psykisk helse og rus publisert og de første pasientene innen disse to pasientgruppene kunne henvises til pakkeforløp. De overordnede målene for pakkeforløpene er økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp, å unngå unødige ventetid for utredning, behandling og oppfølging, likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Innføringen av pakkeforløp også innen psykisk helse og rus er et helt sentralt virkemiddel for å oppnå regjeringens mål om å skape pasientens helsetjeneste. Det vises til omtale under kap. 734.

Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtak nr. 843, 5. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen vurdere en ny finansieringsnøkkel for å sikre en tilstrekkelig og sikker finansiering av ettervernet av personer med ruslidelser både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet i Stortingets behandling av Dokument 8:179 S (2017–2018), jf. Innst. 345 S (2017–2018).

Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtaket ved å innføre pakkeforløp innen psykisk helse og rus der også oppfølging etter behandling inngår. De første seks pakkeforløpene på disse områdene ble innført fra 1. januar 2019. Det vises til omtale under kap. 734.

Tiltak som motvirker kroppspress

Vedtak nr. 849, 6. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen inkludere tiltak som motvirker kroppspress, samt andre tiltak som fremmer positivt selvbilde og selvfølelse, i opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), Innst. 344 S (2017–2018).

Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtaket i Opptrappingsplanen for psykisk helse (Prop. 121 S (2018–2019)), som inneholder tiltak knyttet til Kroppspress, selvbilde og psykisk helse. Tiltakene innebærer bl.a. en videreføring av arbeidet med etiske retningslinjer for påvirkere, nettverk og annonsører. Tiltakene er videre knyttet til anmodningsvedtakene 839 og 850-853 om å gjennomgå og fremme forslag som gjelder regulering av tilbud og bruk av kosmetiske injeksjoner, sikre et forsterket tilsyn med usunn reklame, gjennomgå og vurdere endringer i regelverket for kosmetiske injeksjoner og kosmetisk kirurgi, og å foreslå endringer i markedsføringsloven §2 og §21. Det vises til omtale under kap. 765, post 21.

Markedsføring av kosmetisk kirurgi

Vedtak nr. 851, 6. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen utrede innstramming i reguleringen av kommersiell markedsføring av kosmetisk kirurgi, særlig reklame som bidrar til usunt kroppsideal og som også når barn og unge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), jf. Innst. 344 S (2017–2018).

Vedtaket sees i sammenheng med vedtak nr. 839. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Luftambulanseberedskap

Vedtak nr. 860, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre luftambulanseberedskapen over hele landet, med nødvendige tiltak på kort og lang sikt for å skape stabilitet og forutsigbarhet i tjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at regjeringen har iverksatt ulike tiltak for å styrke den umiddelbare beredskapen, og har gjennom krav til rapportering og planer fra spesialisthelsetjenesten forsikret seg om at tjenesten fungerer. Det vises til komiteens merknad i Innst. 11 S (2018–2019) og til særskilt redegjørelse om operatørbyttet i ambulanseflytjenesten i denne proposisjonen (del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten). En uavhengig ekspertgruppe skal utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten og utredningen skal være ferdig innen utgangen av 2020. Det fremgår av ekspertgruppens mandat at de skal gjennomgå erfaringer med operatørbyttet og vurdere dette i forbindelse med sitt utredningsarbeid. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Drift av luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 861, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Vedtaket følges opp ved at det er satt ved en ekspertgruppe som skal levere sin utredning ved utgangen av 2020. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Erfaring og kompetanse i luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 862, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at erfaring og kompetanse i dagens luftambulansetjeneste videreføres, enten gjennom forhandlinger med operatør, gjennom ny anbudsrunde med krav om virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljølovens bestemmelser eller på annen egnet måte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Norsk flygerforbund og NHO Luftfart kom 20. juni 2018 frem til enighet om en tariffavtale for piloter som ansettes i Babcock Scandinavian AirAmbulance (Babcock). Alle pilotene som var ansatt hos Lufttransport FW AS ble tilbudt jobb i Babcock på de betingelsene det da ble enighet om. I dag er 91 av 105 piloter i Babcock Scandina-

vian AirAmbulance tidligere ansatte i Lufttransport FW AS, og skiftet arbeidsgiver i forbindelse med operatørbyttet 1. juli 2019.

Det vises til komiteens merknad i Innst. 11 S (2018–2019) om usikkerhet knyttet til de tekniske tjenestene, og videre til redegjørelse for tiltak under omtalen av anmodningsvedtak nr. 1011 av 15. juni 2018. Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom de beskrevne tiltakene, og man har så langt som mulig sikret at tidligere erfaring og kompetanse blir videreført hos ny operatør. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

Anbudsprosess i luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 865, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen evaluere anbudsprosessen vedrørende luftambulansetjenesten og bruke erfaringene i den videre prosessen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Det vises til særskilt redegjørelse om operatørbyttet i ambulanseflytjenesten i denne proposisjonen (Del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten). Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at en uavhengig ekspertgruppe skal utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten, og utredningen skal være ferdig innen utgangen av 2020. Det fremgår av ekspertgruppens mandat at de skal gjennomgå erfaringer med operatørbyttet og vurdere dette i forbindelse med sitt utredningsarbeid.

Tobakksskadeloven

Vedtak nr. 915, 12. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen utrede og fremme forslag om endringer i tobakksskadeloven med mål om å hindre at en ny generasjon blir avhengig av tobakk, og mål om å gjøre flere arenaer i samfunnet tobakksfrie og å styrke vernet mot passiv røyking.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:189 S (2017–2018), jf. Innst. 367 S (2017–2018).

Regjeringen har lagt frem en ny nasjonal tobakksstrategi i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga, hvor det varsles at flere endringer i tobakksskadeloven vil utredes og vurderes. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Kvalitet i spesialistutdanning for leger

Vedtak nr. 922, 12. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre kvaliteten i spesialistutdanningen for leger gjennom nasjonalt standardiserte læringsaktiviteter, og følge opp at de regionale helseforetakene legger anbefalt antall læringsaktiviteter, benevnt som prosedyrelistene, til grunn for å sikre grunnleggende og lik kompetanse for alle legespesialister som utdannes i Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:210 S (2017–2018), jf. Innst. 339 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet har fått i oppdrag å sørge for nasjonal standardisering i den nye ordningen for legenes spesialistutdanning i henhold til Stortingets vedtak. Departementet har også fulgt opp vedtaket gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene, jf. omtale under kap. 783.

Luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 1011, 15. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre forsvarlig drift og vedlikehold av luftambulansene ved den enkelte base.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 2 (2017–2018), jf. Innst. 400 S (2017–2018).

Det vises til komiteens merknad i Innst. 11 S (2018–2019) om usikkerhet knyttet til de tekniske tjenestene. Babcock Scandinavian AirAmbulance forsøkte å sikre en videreføring av lokal kompetanse gjennom et utspill overfor teknikerne i LT Tech. Partene kom imidlertid ikke til enighet. Babcock har i dag knyttet til seg 17 teknikere som skal jobbe ute på den enkelte base. Selskapet har videre inngått tjenesteavtaler med tre leverandører av teknisk flyvedlikehold. Teknikerne i disse selskapene og de teknikerne som er ansatte i Babcock har de godkjenninger og den sertifisering de skal ha for det vedlikeholdet som skal utføres på tjenestens nye fly. Babcock har også igangsatt et arbeid for å bygge en egen hangar i Tromsø slik at tyngre vedlikehold kan gjøres der. Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom de beskrevne tiltakene, og man har så langt som mulig sikret at tidligere erfaring og kompetanse blir videreført hos ny operatør.

Stortingssesjon (2016–2017)

Strategi for psykisk helse

Vedtak nr. 108.54, 5. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 om å legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for psykisk helse, som også særlig tar for seg barn og unges psykiske helse, som et forarbeid til en økonomisk forpliktende opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017), og er fulgt opp ved at regjeringen 25. august 2017 la frem en strategi for god psykisk helse, Mestre hele livet, hvor barn og unge er særskilt omtalt.

Vedtaket er fulgt opp ved at regjeringen 7. juni 2019 la frem Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, jf. Prop. 121 S (2018–2019). Det vises til nærmere omtale under kap. 765, poster 21 og 60.

Ideell virksomhet i helse- og omsorgssektoren

Vedtak nr. 126, 9. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen fastslå et mål om vekst i andelen av den samlede helse- og omsorgssektoren som skal være organisert og drevet som ideell virksomhet, og på egnet måte legge fram for Stortinget en plan med kortsiktige og langsiktige tiltak for å oppnå dette.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2015–2016), jf. Innst. 102 S (2016–2017).

I Granavoldenplattformen uttalte regjeringen at den vil styrke ideelle virksomheters rolle som leverandør av helse- og omsorgstjenester. Som et ledd i denne styrkingen har regjeringen fulgt opp Stortingets vedtak. Regjeringen har satt seg som mål å doble de ideelles andel av den samlede helse- og omsorgssektoren til 10 pst. målt i kostnader. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

Taxfree-salg av alkohol ved norske flyplasser

Vedtak nr. 307, 17. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen legge frem en sak for Stortinget der det vurderes alle konsekvenser av og nødvendige lovendringer for at Vinmonopolet

skal overta taxfree-salget av alkohol ved norske flyplasser ved utløp av gjeldende anbudsperioder.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 LS (2016–2017).

I Prop. 1 S (2018–2019) ble det redegjort for at vedtaket følges opp gjennom en igangsatt utredning av saken. I Prop. 25 S (2018–2019) fulgte regjeringen opp Stortingets vedtak nr. 307 (2016–2017) og vedtak nr. 506 (2017–2018) om å vurdere alle konsekvenser av og nødvendige lovendringer for at Vinmonopolet skal overta taxfree-salget av alkohol ved norske flyplasser ved utløp av gjeldende anbudsperioder, jf. Innst. 259 S (2018–2019). Det vises til omtale under vedtak nr. 506, 27. februar 2018.

Informasjon om legemidler til barn i norsk helse-tjeneste

Vedtak nr. 341, 19. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen sikre en løsning som bidrar til at norsk helsetjeneste får en allmenn og nasjonal tilgang til solid, trygg og kvalitetssikret informasjon om alle legemidler som er i rutinemessig bruk til barn.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at det opprettes et norsk oppslagsverk med informasjon om legemiddelbehandling av barn. Oppslagsverket skal etter planen lanseres i januar 2020, jf. omtale under kap. 717, post 21.

Graviditet og vold

Vedtak nr. 600, 25. april 2017

«Stortinget ber regjeringen sikre rutiner slik at alle gravide blir spurt om de blir utsatt for vold, og at vold er tema på kontaktpunktene mellom nybakte foreldre og helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet i juni 2018 publiserte revidert Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (IS-2660). Departementet vil presisere at Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan

avdekke vold fra 2014 er innlemmet i den reviderte retningslinjen kap. 7. I retningslinjen anbefales at vold tas opp så tidlig som mulig i svangerskapet og at kvinnen bør spørres flere ganger gjennom svangerskapet ved tilstander assosiert med vold i nære relasjoner. Det anbefales også å informere om at minst én konsultasjon i svangerskapet settes av til kvinnen alene. Spørsmål om, og avdekking av, vold skal dokumenteres i pasientens journal. Det kan også nevnes at det er presisert i ny forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som trådte i kraft 1.11.2018, at helsestasjonens tilbud skal inneholde tilbud om hjemmebesøk til mor etter fødsel og hjemmebesøk til nyfødte. I tillegg har Helsedirektoratet et samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet om tiltak på området. Det vises til nærmere omtale under kap. 762, post 60.

Helsetjenestetilbud til volds- og overgrepssutsatte

Vedtak nr. 615, 25. april 2017

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for et mer teambasert helsetjenestetilbud for å sikre tilstrekkelig kompetanse i møte med volds- og overgrepssutsatte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

Som ledd i å øke kompetansen og styrke behandlingstilbudet til volds- og overgrepssutsatte ønsker regjeringen å tilrettelegge for en bedre organisering av hjelpetilbudet. Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved å legge til rette for et mer teambasert helsetjenestetilbud til volds- og overgrepssutsatte, slik det framgår av Prop. 12 S (2016–2017). Fra 2019 er «Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne» og «Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling» implementert i tjenestene. Pakkeforløp igangsettes når en pasient henvender seg til helse- og omsorgstjenesten (for eksempel kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastlege, spesialist, annen henviser). I første samtale er det anbefalt å spørre om vold, overgrep og andre traumatiske erfaringer. I tillegg skal behovet for umiddelbare tiltak og eventuelt behov for kriseplan vurderes. For voldsutsatte vil det også være aktuelt å planlegge sikkerhet. Hvis pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken, skal deres behov også vurderes. Det vises til omtale under kap. 734.

Behandlingstilbud for overgrepsoferte

Vedtak nr. 619, 25. april 2017

«Stortinget ber regjeringen videreføre arbeidet med å utvikle behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep, slik at de som trenger behandling, får det.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

I tråd med Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), vil regjeringen følge opp anmodningsvedtaket gjennom å videreføre arbeidet med å utvikle behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet, i samarbeid med Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus, Kriminalomsorgen region sør og Helse Sør-Øst siden 2015 utviklet et nytt, helhetlig behandlingsopplegg for personer dømt for seksuelle overgrep (BASIS-prosjektet). Prosjektet ble avsluttet i juni 2019 samtidig som planleggingen av et landsdekkende tilbud ble igangsatt, jf. tidligere budsjettvedtak og anbefaling fra prosjektets sluttrapport. Tilbudet er planlagt å være i drift i 2020. Det vises til nærmere omtale under kap. 734.

Helsestasjoner og bekymringsmeldinger

Vedtak nr. 620, 25. april 2017

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for at i tilfeller der foresatte ikke deltar på kontroll/hjemmebesøk av barn, og der helsestasjonen aktivt har forsøkt å få kontakt med familien, skal helsestasjonene melde bekymring til barnevernet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i helselovene og forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten er foretatt en tydeliggjøring av ansvaret for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester, samt endringer i bestemmelser om opplysningsplikt til barnevernet. Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten gir en sterk anbefaling om hvordan

helsestasjonen i praksis bør følge opp dette, bl.a. med at å ha rutiner for å følge opp foreldre og barn som uteblir fra helsekonsultasjoner og foreldre som avbestiller eller endrer avtalte timer gjentatte ganger. I retningslinjene gis det eksempler på tiltak. Bekymringsmelding kan etter en individuell vurdering, bli konsekvens av ikke å melde. Helsepersonell kan etter en individuell vurdering informere foreldrene om at det kan bli aktuelt å sende bekymringsmelding til barnevernet hvis de ikke sørger for at barnet kommer til konsultasjoner. Det vises til omtale under kap. 762, post 60.

Autorisasjon av studier fra utlandet

Vedtak nr. 770, 7. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen foreta en vurdering av mulige kompenserende tiltak som kan bidra til at studenter som har avsluttet profesjonsstudier i utlandet, men som ikke får autorisasjon i Norge som følge av endret praksis i Helsedirektoratet etter at de har påbegynt studiet ved den aktuelle utdanningsinstitusjonen, kan oppnå autorisasjon i Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 16 (2016–2017), jf. Innst. 364 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp ved at det har blitt etablert særskilte kvalifiseringsprogram for ELTE-utdannede med mastergrad i psykologi. Helsedirektoratet har også foretatt en mer generell vurdering av omfanget av praksisendringer og hvilke tiltak som kan iverksettes i slike tilfeller. Direktoratet har hatt et tett samarbeid med ANSA, Lånekassen og NOKUT om samordning av informasjon til utenlandsstudenter. Det vises til nærmere omtale under kap. 783.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

Vedtak nr. 847, 8. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for en prøveordning som innebærer at kommuner som ønsker det, etter søknad kan få tillatelse til å overta ansvaret for tannhelsetjenesten fra 2020.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer oppfølging basert på fylkesmennenes kartlegging av kommuner som er interesserte i å delta i en prøveordning. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

Vedtak nr. 848, 8. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen sørge for at prøveordningen som starter i 2020, i de kommunene som ønsker å overta tannhelsetjenesten, følgeevalueres frem til 2023. Basert på erfaringene i prøvetiden og endringer i kommunestruktur etter 2020, kan en videre utvidelse til flere kommuner tidligst skje etter 2023.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Vedtaket vil bli fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet etablerer en evaluering som skal følge prøveordningen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

Vedtak nr. 849, 8. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen vurdere behovet for økonomiske incentiver for kommuner som ønsker å overta tannhelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Regjeringen vil komme tilbake til oppfølging av anmodningsvedtaket på egnet måte.

Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar

Vedtak nr. 850, 8. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med egen sak som vurderer overføring av den samlede tannhelsetjenesten basert på erfaringene fra prøveordningen som kan gi grunnlag for beslutning om overføring fra 2023.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Vedtaket vil bli fulgt opp basert på oppfølgingen av vedtak nr. 848. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tannpleierkompetanse i kommunene

Vedtak nr. 851, 8. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen starte arbeidet med å bygge opp tannpleierkompetanse i kommunene. Slik oppbygging av tannpleierkompetanse i kommunene vil ha økonomiske og administrative konsekvenser som regjeringen vil måtte komme tilbake til i budsjettssammenheng.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennomføre en kunnskapsoppsummering som omhandler tiltak enkelte fylkeskommuner allerede har iverksatt. Det dreier seg særlig om forebyggende hjemmebesøk, samt erfaringer fra de andre nordiske landene. Videre vil departementet utarbeide et forprosjekt om kommunal tannpleie. Det vises til omtale på kap. 770, post 21. Oppfølgingen av vedtaket sees i sammenheng med vedtak 849 hvor regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Etablering av overgrepsmottak

Vedtak nr. 920, 14. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen snarest sørge for at det etableres overgrepsmottak i hele landet, som også har kapasitet til å ta imot barn.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:110 S (2016–2017), jf. Innst. 343 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp ved at alle helseforetak har sørget for overgrepsmottak, enten i samarbeid med legevakt eller direkte på sykehusavdeling. Barn som er utsatt for vold og overgrep behandles i de ordinære barneavdelingene i sykehusene. I årlig melding for 2017 framgår det at alle regionale helseforetak har utarbeidet planer for å øke kapasitet og kompetanse i sosialpediatri i bar-

neavdelingene. Det vises til omtale under kap. 732.

Spesialisthelsetjenesten – bearbeide traumer
Vedtak nr. 934, 14. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen sikre alle barn som er utsatt for menneskehandel, tilgang til spesialisthelsetjenesten slik at de raskt kan få hjelp til å bearbeide traumer.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:100 S (2016–2017), jf. Innst. 397 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp bl.a. gjennom Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) og regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2016). De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har som en av sine oppgaver å bidra til kompetanseheving i helsesektoren knyttet til traumer, vold og overgrep, flyktningehelse og tvungen migrasjon. Det holdes jevnlig møter og konferanser om menneskehandel med relevante aktører på området. Bl.a. vil det høsten 2019 arrangeres et fagseminar i regi av RVTS Øst hvor nye digitale ressurser blir introdusert: Undervisningsfilmer med case basert på virkelige hendelser, og en nettportal om menneskehandel rettet spesifikt mot helse- og sosialarbeidere. Det vises til nærmere omtale under kap. 734.

Handlingsplan for fysisk aktivitet
Vedtak nr. 1001, 19. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen fremme en ny handlingsplan for fysisk aktivitet med konkrete tiltak på flere samfunnsområder, som barnehage, skole, arbeidsplass, eldreomsorg, transport, nærmiljø og fritid. Partene i arbeidslivet må trekkes aktivt med i arbeidet. Det samme må Norges idrettsforbund og friluftslivets organisasjoner. Stortinget må på egnet måte holdes orientert om arbeidet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:113 S (2016–2017), jf. Innst. 461 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom utvikling av en ny handlingsplan for fysisk aktivitet med et tiårig perspektiv. Utviklingsarbeidet gjennomføres i et samarbeid med alle berørte departementer, og det er lagt til rette for involvering av partene i arbeidslivet, Norges idrettsforbund, friluftslivets organisasjoner og andre rele-

vante aktører. Overordnede mål, strategier og innsatsområder i handlingsplanen er omtalt i stortingsmelding om folkehelsepolitikken, jf. Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn. Handlingsplanen legges fram høsten 2019.

Program for teknologiutvikling i vannbransjen
Vedtak nr. 1010, 20. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til en norsk modell for et program for teknologiutvikling i vannbransjen, som et spleiselag mellom staten, kommunene og leverandørindustrien.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:83 S (2016–2017), jf. Innst. 480 S (2016–2017).

Vedtaket er omtalt i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldingen *Gode liv i eit trygt samfunn* og følges opp av regjeringens forslag om 5 mill. kroner i budsjettet for 2020 til tilskudd til et program i inntil 5 år betinget av minst tilsvarende bidrag fra kommunene og fra leverandørindustrien. Se nærmere omtale under kap. 714 Folkehelse, post 21 Spesielle driftsutgifter.

Ideelle organisasjoners pensjonsforpliktelser
Vedtak nr. 1117, 21. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen i arbeidet med en ordning for kompensasjon av ideelle organisasjoners pensjonsforpliktelser vurdere nærmere målgruppe og virkeperiode.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 129 S (2016–2017), jf. Innst. 401 S (2016–2017).

Lov av 1. mars 2019 nr. 3 om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenestepensjonsordning regulerer tilskudd til virksomheter som har levert spesialisthelsetjenester og statlige barneverntjenester. Det vises til nærmere omtale av ordningen under kap. 737, post 70. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises for øvrig til anmodningsvedtak 82 (2018–2019).

Stortingssesjon 2015–2016

Helsepersonell blant beboere på mottak
Vedtak nr. 437.2, 12. januar 2016

«Stortinget ber regjeringen om å legge til rette for at helsepersonell blant beboere på mottak rekrutteres slik at kommunene kan bruke asylsøkere

med helsefaglig utdanning som norsk helsepersonells medhjelper.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk, jf. Innst. 399 S (2015–2016). Helse- og omsorgsdepartementet viser til omtale i Prop. 1 S (2017–2018) for budsjetterminen 2018 for Helse- og omsorgsdepartementet, kapittel 14.

Regjeringen har forsøkt å følge opp vedtaket ved at Justis- og beredskapsdepartementet 22. august 2017 sendte på høring forslag til ny § 1-1 b i forskrift 15. oktober 2009 nr. 1286 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsforskriften) som på nærmere vilkår ville gitt utvidet adgang for enkelte grupper asylsøkere til å utføre frivillig, vederlagsfritt arbeid. Forslaget møtte betydelige innvendinger i høringen og regjeringen har besluttet å ikke gå videre med forskriftsendringen. Innenfor gjeldende utlendingsregelverk vil det derfor fortsatt være svært begrenset adgang til å benytte asylsøkere med helsefaglig utdanning som helsepersonells medhjelper. Sett i lys av dette finner Helse- og omsorgsdepartementet det derfor lite formålstjenlig å utarbeide et rundskriv som informerer om hvilken adgang norsk helsepersonell har til å benytte medhjelpere innenfor gjeldende helseregulering.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til kontroll- og konstitusjonskomiteens merknad i Innst. 291 S (2018–2019): *Komiteen viser til at regjeringen ikke finner det formålstjenlig å gjennomføre vedtaket og minner om at anmodningsvedtak man ikke vil gjennomføre skal oppheves ved et eget opphevingsvedtak.* Regjeringen foreslår at vedtak nr. 437.2 oppheves. Det vises til forslagsdelen i denne proposisjonen.

Basestrukturen for luftambulansen i Norge

Vedtak nr. 545, 17. mars 2016

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 11 (2015–2016) – Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), jf. Innst. 206 S (2015–2016).

Vedtaket blir fulgt opp ved at de regionale helseforetakenes gjennomgang av basestrukturen

blir omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan som legges fram i løpet av 2019.

Prevensjon til rusavhengige

Vedtak nr. 627, 28. april 2016

«Stortinget ber regjeringen vurdere å gi alle kvinner med alvorlig rusmiddelavhengighet tilbud om gratis langtidsvirkende prevensjon.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 15 S (2015–2016) – Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020), jf. Innst. 240 S (2015–2016).

En ordning med gratis langtidsvirkende prevensjon vil reise juridiske, økonomiske og faglige spørsmål. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere dette spørsmålet etter å ha høstet erfaringer med gratis langtidsvirkende prevensjon til kvinner i LAR og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tilbud og informasjon om LAR-behandling

Vedtak nr. 628, 28. april 2016

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det stilles krav til at helsetjenesten skal gi alle kvinner i reproduktiv alder som skal starte opp i LAR, grundig informasjon om LAR-behandling og graviditet. Kvinner i LAR som ønsker å få barn, må få tilbud om hjelp til nedtrapping av LAR-medikamenter, men det understrekes at det må gjøres individuelle vurderinger av konsekvensene av en eventuell nedtrapping.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 15 S (2015–2016) – Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020), jf. Innst. 240 S (2015–2016).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017 fremgår at de regionale helseforetakene skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå med revidering av gjeldende retningslinje for gravide i LAR og denne retningslinjen vil etter planen bli publisert medio september 2019. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget i forbindelse med nysalderingen 2019.

Samarbeid mellom helseregistre og andre aktører

Vedtak nr. 658, 18. mai 2016

«Stortinget ber regjeringen om å utrede modeller og en infrastruktur for et trygt og etisk forsvarlig samarbeid mellom norske offentlige biobanker, helseregistre og industrielle aktører.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:24 S (2015–2016) om et løft for norske biobanker.

Vedtaket er fulgt opp gjennom forslag til endringer i helseregisterloven i høringsnotatet om tilgjengeliggjøring av helsedata, *Høring – tilgjengeliggjøring av helsedata (endringer i helseregisterloven m.m.)*. Fristen for høringsinnspill er 4. november 2019. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår bl.a. lovregler for etablering av en nasjonal teknisk og organisatorisk løsning som infrastruktur for tilgjengeliggjøring av helsedata (helseanalyseplattformen og Helsedataservice). Videre foreslår regjeringen en satsing på 131 mill. kroner i budsjettet for 2020 til arbeidet med å realisere en nasjonal helseanalyseplattform som infrastruktur for tilgjengeliggjøring og analyser av helsedata, jr. omtale under kap. 701, post 21. Midlene skal dekke investeringer i analyserom, dataplattform og mer avanserte analysetjenester. Dette er grunnleggende infrastruktur som er nødvendig for å hente ut det store gevinstpotensialet som ligger i helseanalyseplattformen. Investeringene er avgjørende for å utvikle helseanalyseplattformen til det analyseøkosystemet som skal bidra til å realisere ambisjonene om næringsutvikling og innovasjon. Se også omtalen i Meld. St. 18 (2018–2019) *Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester*.

Ungdomshelsestrategi og reklame

Vedtak nr. 786, 7. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen i arbeidet med ungdomshelsestrategien foreslå tiltak for å motvirke at barn og unge blir utsatt for kroppspress gjennom reklame generelt, og reklame i offentlige rom spesielt.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:26 S (2015–2016), jf. Innst. 327 S (2015–2016).

Vedtaket følges opp gjennom Barne- og familiedepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av anmodningsvedtak nr. 849-

853 truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), jf. Innst. 344 S (2017–2018). Vedtakene 849–853 følges opp som del av Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse, jf. Prop. 121 S (2018–2019). Anmodningsvedtak nr. 849 og 851 er under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde, og det vises til nærmere omtaler der. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Ungdomshelsestrategi og tiltak mot kroppspress

Vedtak nr. 787, 7. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen i arbeidet med ungdomshelsestrategien foreslå tiltak for å motvirke at barn og unge blir utsatt for kroppspress gjennom reklame.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:26 S (2015–2016), jf. Innst. 327 S (2015–2016).

Vedtaket følges opp gjennom Barne- og familiedepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av anmodningsvedtak nr. 849–853 truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), jf. Innst. 344 S (2017–2018). Vedtakene 849 – 853 følges opp som del av Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse, jf. Prop. 121 S (2018–2019). Anmodningsvedtak nr. 849 og 851 er under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde, og det vises til nærmere omtaler der. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Behandlingstilbud til barn og unge

Vedtak nr. 839, 9. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen sikre at barn og unge får medikamentfrie behandlingstilbud når faglige anbefalinger tilsier dette.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:43 S (2015–2016), jf. Innst. 346 S (2015–2016).

BUP er gjennomgående en poliklinisk tjeneste, og nesten all behandling er frivillig. Det lave antallet døgnplasser gjør det lite aktuelt å opprette egne medikamentfrie enheter. Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har tilrettelagt for at kunnskapsbaserte medikamentfrie alternativer synliggjøres i faglig veiledning, bl.a. i håndbok for BUP (2018). I pakkeforløp for barn og unges psykiske helse (2018) er det tydeliggjort at mulige alternativer til legemiddelbruk bør drøf-

tes med pasienten og/eller foreldre før legemidler eventuelt velges. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

Stortingssesjon 2014–2015

Dagaktivitetstilbud – plikt for kommunene

Vedtak nr. 494, 9. april 2015

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:53 S (2014–2015), jf. Innst. 221 S (2014–2015).

Regjeringen fremmet i Prop. 66 L (2018–2019) Endringer i helse- og omsorgstjenestelova (dagaktivitetstilbud til heimebuande personar med demens), forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven slik at det fastsettes en plikt for kommunene til tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Stortinget har sluttet seg til den foreslåtte lovbestemmelsen, jf. Innst. 332 S (2018–2019) og Lovvedtak 82 (2018–2019). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp ved at det ved Kongelig resolusjon 21. juni 2019 nr. 790 er besluttet at lovendringen skal settes i kraft fra 1. januar 2020.

Del II
Budsjettomtaler

4 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Alle budsjettforslag er endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019 så langt som annet er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2019 og uten bevilgningsforslag i 2020, 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 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
700	Helse- og omsorgsdepartementet	241 627	240 961	240 179	-0,3
701	E-helse, helseregistre mv.	610 551	647 573	1 168 400	80,4
702	Beredskap	29 760	28 659	29 428	2,7
703	Internasjonalt samarbeid	50 905	51 832	58 943	13,7
704	Helsearkivet		84 700	73 132	-13,7
708	Eldreombudet			7 000	
709	Pasient- og brukerombud	72 537	74 021	73 326	-0,9
	Sum kategori 10.00	1 005 380	1 127 746	1 650 408	46,3

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
01-23	Statens egne driftsutgifter	771 671	900 740	911 526	1,2
70-89	Andre overføringer	233 709	227 006	738 882	225,5
	Sum kategori 10.00	1 005 380	1 127 746	1 650 408	46,3

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	241 627	240 961	240 179
	Sum kap. 0700	241 627	240 961	240 179

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2019:

- Bioteknologirådet
- Direktoratet for e-helse
- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet, inkl. Helfo
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)
- Norsk pasientskadeerstatning
- Statens helsetilsyn
- Statens legemiddelverk
- Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgssektoren (Ukom)
- Mattilsynet (faglig ansvar)
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Norsk Helsennett SF
- AS Vinmonopolet

I sesjonen 2018–2019 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 3 L (2018–2019) – Lov om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenestepensjonsordning
- Prop. 13 L (2018–2019) – Endringer i sprøyteromsloven m.m. (utvidelse av type narkotiske stoffer m.m.)
- Prop. 25 S (2018–2019) – Endringer i statsbudsjettet 2018 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 30 L (2018–2019) – Endringer i spesialisthelsetjenestelova m.m. (avvikling av meldeordninga m.m.)
- Prop. 55 L (2018–2019) – Endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (lovfesting av systemet for nye metoder m.m.)
- Prop. 62 L (2018–2019) – Endringer i apotekloven, legemiddeloven og folketrygdloven (overtredelsesgebyr)

- Prop. 64 L (2018–2019) – Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og tannhelsetjenesteloven (styrking av pasient- og brukerombudsordningen mv.)
- Prop. 66 L (2018–2019) – Endringer i helse- og omsorgstenestelova (dagaktivitetstilbud til heimbuande personar med demens)
- Prop. 80 L (2018–2019) – Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (helsehjelp i utlandet)
- Prop. 91 L (2018–2019) – Endringer i smittevernloven (lovrevisjon)
- Prop. 106 L (2018–2019) – Endringer i abortloven (fosterreduksjon)
- Prop. 121 S (2018–2019) – Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)
- Prop. 124 L (2018–2019) – Endringer i obduksjonsloven mv. (rettsmedisinsk obduksjon av drepte i veitrafikken og regulering av Statens vegvesens arbeid med ulykkesanalyser)
- Prop. 125 S (2018–2019) – Endringer i statsbudsjettet 2019 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følge av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)
- Meld. St. 11 (2018–2019) – Kvalitet og pasientsikkerhet 2017
- Meld. St. 19 (2018–2019) – Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn

Helse- og omsorgsdepartementet hadde nær 216 årsverk i 2018, mot om lag 213 årsverk i 2017.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å redusere bevilgningen med 4,9 mill. kroner i forbindelse med at finansieringen av IKT-tjenester fra Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon endres fra brukerfinansiering til bevilgningsfinansiering, jf. omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2018–2019) og Prop. 114 S (2018–2019).

Det foreslås å flytte 0,16 mill. kroner til kap. 510 Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, post 01 Driftsutgifter, knyttet til finansiering av IKT-tjenester og administrative fel-

lestjenester fra DSS som blir bevilgningsfinansiert fra og med 2020, jf. omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2019–2020).

Kap. 701 E-helse, helseregistre mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	424 910	468 181	486 537
70	Norsk Helsenett SF	147 019	140 526	152 297
71	Medisinske kvalitetsregistre	38 622	38 866	38 666
72	Nasjonale e-helseløsninger			490 900
	Sum kap. 0701	610 551	647 573	1 168 400

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i Del I, og generell pris- og lønnsjustering:

Bevilgningen foreslås økt med:

- 20 mill. kroner til modernisering av Folkeregisteret
- 131 mill. kroner til Helseanalyseplattformen
- 100 mill. kroner til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger
- 38 mill. kroner for å øke kommunenes bidrag til forvaltning og drift av helsenet

Det foreslås å flytte:

- 387 mill. kroner for å samle eksisterende bevilgninger som skal dekke forvaltning- og driftskostnader for nasjonale e-helseløsninger
- 3,9 mill. kroner for å finansiere forvaltning og drift av meldeordningen «En vei inn»

Bevilgningen foreslås redusert med 76,9 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon i merinntekter over kap. 3701, post 02.

Samarbeid mellom helseregistre og andre aktører

Vedtak nr. 658, 18. mai 2016

«Stortinget ber regjeringen om å utrede modeller og en infrastruktur for et trygt og etisk forsvarlig samarbeid mellom norske offentlige biobanker, helseregistre og industrielle aktører.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:24 S (2015–2016) om et løft for norske biobanker.

Vedtaket er fulgt opp gjennom forslag til endringer i helseregisterloven i høringsnotatet om tilgjengeliggjøring av helsedata, Høring – tilgjengeliggjøring av helsedata (endringer i helseregisterloven m.m.). Fristen for høringsinnspill er 4. november 2019. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår bl.a. lovregler for etablering av en nasjonal teknisk og organisatorisk løsning som infrastruktur for tilgjengeliggjøring av helsedata (helseanalyseplattformen og Helsedataservice). Videre foreslår regjeringen en satsing på 131 mill. kroner i budsjettet for 2020 til arbeidet med å realisere en nasjonal helseanalyseplattform som infrastruktur for tilgjengeliggjøring og analyser av helsedata, jr. omtale under kap. 701, post 21. Midlene skal dekke investeringer i analyserom, dataplattform og mer avanserte analysetjenester. Dette er grunnleggende infrastruktur som er nødvendig for å hente ut det store gevinstpotensialet som ligger i helseanalyseplattformen. Investeringene er avgjørende for å utvikle helseanalyseplattformen til det analyseøkosystemet som skal bidra til å realisere ambisjonene om næringsutvikling og innovasjon. Se også omtalen i Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen — *Sammen om verdiskaping og bedre tjenester.*

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker oppfølging og gjennomføring av prosjekter for å styrke digitaliseringen av helse- og omsorgstjenesten og bedre utnyttelsen av helsedata.

Det foreslås å flytte 69 mill. kroner til post 72 til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Bevilgningen foreslås redusert med 76,9 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon i merinntekter på kap. 3701, post 02, jf. forslag om å flytte til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger til post 72.

EPJ-løftet for fastleger, privatpraktiserende spesialister og fysioterapeuter videreføres med 20 mill. kroner for avtaleåret 2019/2020.

E-helsetiltak for trygg og sikker legemiddel- håndtering

I dag finnes det ikke én samlet oversikt over pasientens legemidler. Dette medfører at helsepersonell bruker tid på å skaffe oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker, og at risikoen for feil øker. Direktoratet for e-helse har siden 2016 ledet arbeidet med å etablere pasientens legemiddelliste. Legemiddellisten er en felles nasjonal oversikt over pasientenes legemiddelbruk, og skal være tilgjengelig for pasienten selv og helsepersonell i hele helse- og omsorgssektoren. Arbeidet skal bidra til at aktørene raskere får tatt i bruk nødvendig funksjonalitet for trygg og sikker legemiddelhandtering. Pasientens legemiddelliste vil realiseres stegvis, hvor gevinster i form av bedre legemiddelhandtering tas ut underveis. Forskriftsendringer som er nødvendige for å etablere pasientens legemiddelliste trådte i kraft 01.01.2019.

Arbeidet med pasientens legemiddelliste fortsetter i 2020. Etter planen skal legemiddellisten prøves ut, og bidra til å skaffe erfaring med løsningen som grunnlag for spredning og innføring i resten av landet. Departementet vil i samarbeid med KS vurdere hvordan innføringsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan styrkes. Videre er det behov for å utvikle nødvendig IKT-funksjonalitet nasjonalt og lokalt.

SAFEST-prosjektet, som utføres av Statens Legemiddelverk i samarbeid med de regionale helseforetakene, vil bidra til bedre og mer strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten. Se nærmere omtale under kap. 746, post 01. Det er videre et forslag på høring om å endre det pseudonyme Reseptregisteret til et personidentifiserbart lovbestemt legemiddelregister. Se nærmere omtale i avsnitt om Oppdaterte og tilgjengelige helsedata.

Nasjonal arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologi

Direktoratet for e-helse leder arbeidet med felles arkitektur og infrastruktur mellom velferdsteknologiske løsninger og pasientjournalssystemene. Felles arkitektur skal bidra til helhetlige løsninger hvor ulike løsninger fungerer sammen uavhengig av leverandør, kommunegrenser og tjenesteyter i helse- og omsorgssektoren. I 2018 og 2019 har Direktoratet for e-helse i samarbeid med Norsk Helsenett SF, og flere kommuner prøvd ut et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi. Formålet er å samle erfaringer om hvorvidt dette kan dekke et brukerbehov og bidra til en mer effektiv dataflyt i tjenesten. Arbeidet skal følges opp i 2020. Dette inngår som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram som ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS. Se omtale av de andre prosjektene under kap. 761, post 21 og 68, samt kap. 762, post 21 og 63.

Oppdaterte og tilgjengelige helsedata

Det foreslås ytterligere 131 mill. kroner til arbeidet med å realisere en nasjonal helseanalyseplattform som en del av regjeringens langtidsplan for forskning. Det betyr til sammen 243 mill. kroner til helseanalyseplattformen i 2020, inkludert midler fra Norges forskningsråd. Se også kap. 780 post 50. Midlene skal dekke investeringer i analyserom, dataplattform og mer avanserte analysetjenester. Dette er grunnleggende infrastruktur som er nødvendig for å hente ut det store gevinstpotensialet som ligger i helseanalyseplattformen. Investeringene er avgjørende for å utvikle helseanalyseplattformen til det analyseøkosystemet som skal bidra til å realisere ambisjonene om næringsutvikling og innovasjon.

Helsedataprogrammet ble etablert i 2017 for å følge opp Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Helsedataprogrammet skal bidra til bedre utnyttelse av helsedata og bedre sikkerhet og personvern. Programmet skal utvikle nasjonale tekniske fellesløsninger for helseregistrene, etablere helseanalyseplattformen, og utrede og innføre standarder som bidrar til mer harmoniserte helsedata. I 2018 ble helsedata.no etablert. Nettstedet samler informasjon om over 90 helseregistre og andre datakilder for helse- og omsorgstjenesten, forskere og næringslivet. Det er utviklet innbyggertjenester og andre fellestjenester for helseregistrene. Kostnader til

forvaltning og drift av fellestjenestene innsyns- og samtykketjenester på helsenorge.no og filoverføringstjenesten, samfinansieres fra 2020 av de regionale helseforetakene, Kreftregisteret, Helse-direktoratet og Folkehelseinstituttet. Helse-data.no skal videreutvikles med nye tjenester som en del av arbeidet med å utvikle helseanalyseplattformen. I løpet av 2019 vil det bli anskaffet felles søknadsskjema og saksbehandlingsløsning for å forenkle og effektivisere søknadsbehandlingen. Helse-dataprogrammet vurderes videreført ut 2021 for å følge opp investeringene i helseanalyseplattformen og forberede overgangen til en mer permanent organisering.

Helseanalyseplattformen er en del av regjeringens langtidsplan for forskning og skal bidra til bedre helseforskning, mer innovasjon og næringsutvikling, og mer kunnskapsbaserte helsetjenester. Helseanalyseplattformen skal utvikles til en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata. Plattformen skal gjøre det enklere å få tilgang til helsedata og legge til rette for avanserte analyser på tvers av ulike datakilder som helseregistre, grunndata, journaler og andre kilder til helseopplysninger. Samtidig skal personvernet styrkes gjennom bedre innsynstjenester, bedre muligheter til å gi og trekke samtykker og bedre sporing av bruken av opplysningene. Helseanalyseplattformen skal bidra til at behovet for å utlevere data reduseres. Det skal utvikles digitale innbyggertjenester som skal legge til rette for kontroll og medvirkning. Personverninnstillinger og sporing av bruk skal være integrert i løsningen. Løsningen skal legge til rette for utvikling av et offentlig og kommersielt økosystem av analyse-tjenester for å muliggjøre et godt og effektivt tjenestetilbud til brukere av helsedata. Helseanalyseplattformen kommer inn under KS-ordningen for statlige investeringsprosjekter. Det er våren 2019 gjennomført en ekstern kvalitetssikring (KS2) av styringsunderlag og kostnadsoverslag for investeringene i analyserom, dataplattform og analysetjenester. KS2-rapporten anbefaler at tiltaket gjennomføres innenfor en styringsramme på 560 mill. kroner. Tiltaket er delvis finansiert gjennom midler fra Forskningsrådet og videreføring av bevilgningen for 2019.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 4. juli 2019 på høring forslag til endringer i helseregisterloven for tilgjengeliggjøring av helsedata. Departementet foreslår 1) lovregler for etablering av en nasjonal organisatorisk og teknisk løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata (Helsedataservice og helseanalyseplattformen), 2) endring av det pseudonyme Reseptregisteret til et personi-

dentifiserbart lovbestemt legemiddelregister, 3) lovfesting av samlede og enhetlige vilkår for tilgjengeliggjøring og sammenstilling av helseopplysninger fra helseregistre, og 4) en lovbestemmelse som legger til rette for at et begrenset sett med demografiske og sosioøkonomiske bakgrunnsopplysninger skal kunne gjøres tilgjengelig for helseregistre. Endringene skal gi enklere og tryggere tilgjengeliggjøring av helseopplysninger og andre helsedata i helseregistrene.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble etablert 1. desember 2017 for å gi data til planlegging, styring, finansiering og evaluering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert tannhelsetjenestene. I 2018 ble det lagt til rette for innrapportering av Iplos-data (individbasert helse- og omsorgsstatistikk) i KPR. Helse-direktoratet har fått erfaring med mottak av Kuhr-data (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) og utført analyser av datakvalitet. Det er utviklet publiseringsløsninger for å gjøre data tilgjengelig. I tillegg mottar og behandler Helsedirektoratet flere søknader om data fra KPR og kobling til andre registre, og det har vært en økning i denne bruken av data fra registeret.

Prioriterte områder for utvikling av KPR er ytterligere datafangst fra allmennlegetjenesten, omsorgstjenestene og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. KPR er etablert med innebygget personvern og det er løsninger for innsyn og reservasjon på helsenorge.no. Det utvikles uttrekk av allerede lokalt tilgjengelige data for rapportering til KPR. Det vises også til omtale under programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene og kap. 761, post 21.

Modernisering av Folkeregisteret

Det foreslås ytterligere 20 mill. kroner til modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren, med en samlet bevilgning i 2020 på 80 mill. kroner. Skatteetaten startet i 2016 et prosjekt for å modernisere Folkeregisteret, jf. omtale i Prop. 1 S (2015–2016) for Finansdepartementet. Direktoratet for e-helse har ansvar for å koordinere helsesektorens arbeid.

Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet har utviklet elektroniske løsninger for innmelding av opplysninger om dødsfall til Folkeregisteret og om dødsårsak til Dødsårsaksregisteret. Løsningen sikrer at Folkeregisteret raskt får oppdatering om dødsfallet, og at Dødsårsaksregistre-

ret skal kunne brukes i helseberedskapsarbeid, som følge av rask registrering av dødsårsak. Løsningen om dødsfall og dødsårsak er prøvd ut hos et begrenset antall aktører i 2019 og skal innføres nasjonalt fra 2020. Fra 1. januar 2022 skal alle meldinger om dødsfall og dødsårsak sendes elektronisk.

I 2019 har Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF startet etablering av en ny løsning for distribusjon av folkeregisteropplysninger til sektoren. Løsningen vil prøves ut i 2020 med et utvalg aktører. Videre har omlegging av helseforetakenes fødselsmeldinger til nytt Folkeregister startet i 2019 og vil fortsette i 2020.

Be healthy – be mobile

Norges deltakelse i Be Healthy – Be Mobile under Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale telekommunikasjonsunionen blir avsluttet i 2019. I prosjektet er det utviklet mobilbaserte verktøy som et virkemiddel i arbeidet med å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer. En rekke land implementerer nå verktøyene som er utviklet.

Post 70 Norsk Helsenett SF

Bevilgningen dekker kostnadene til drift og forvaltning av helsenettet og Norsk Helsenett SFs arbeid med å ivareta informasjonssikkerheten i informasjonsutvekslingen i helse- og omsorgssektoren. Posten inkluderer også midler til Center for Cyber and Information Security (CCIS).

Posten foreslås økt med 38 mill. kroner for å øke kommunenes bidrag til drift og forvaltning av helsenettet. Det innebærer at kommunesektorens bidrag til finansiering av helsenettet i større grad enn i dag vil reflektere den reelle bruken av nettet.

Det foreslås å flytte 30 mill. kroner til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger til kap. 701, post 72

Ny rolle som nasjonal tjenesteleverandør på e-helseområdet

Norsk Helsenett SF har de siste årene hatt en betydelig vekst i både oppgaver og ressurser. Fra 1. januar 2020 skal Norsk Helsenett SF overta ansvaret for de eksisterende nasjonale e-helseløsningene helsenorge.no, kjernejournal, e-resept, grunndata og helseID fra Direktoratet for e-helse. Norsk Helsenett SF vil gjennom å samle kompetanse- og leveransmiljøene bli styrket som leverandør av nasjonale e-helseløsninger. Målet er

bedre tjenester, mer effektiv oppgaveløsning, og bedre bruk av det private leverandørmarkedet. Se post 72 for nærmere omtale av de nasjonale e-helseløsningene. De nasjonale e-helseløsningene er en viktig del av, og nært knyttet til, den offentlige finansierte helse- og omsorgstjenesten. I vedtak 10. juli 2019 konkluderte ESA med at tilgjengeliggjøring av helsenettet, e-resept, helsenorge.no og kjernejournal ikke anses som økonomisk aktivitet omfattet av statsstøttereguleringene.

Norsk Helsenett SF har ansvaret for helsenettet som er helse- og omsorgstjenestens felles IKT-infrastruktur for elektronisk samhandling. Arbeidet med overgang til og oppkobling av nytt fibernett er i hovedsak ferdigstilt. Norsk Helsenett skal ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren, og legge til rette for sikker og kostnads-effektiv elektronisk samhandling.

Norsk Helsenett SF har ansvar for forvaltning av elektronisk meldingsutveksling og bidrar til koordinert innføring i sektoren. Antall elektroniske meldinger som sendes over helsenettet øker hvert år. I 2018 ble det sendt omtrent 211 millioner meldinger. De elektroniske meldingene erstatter på flere områder telefon, brev og faks, og forenkler og forbedrer dialogen mellom helsepersonell. De kommende årene skal det innføres nye standarder for å ivareta udekkede behov for samhandling i tjenesten.

Markedet skal i størst mulig grad benyttes til utvikling av nye tjenester og løsninger. Det skal legges til rette for innovasjon og næringsutvikling gjennom utvikling av standardiserte og åpne grensesnitt. Det er et mål at den nasjonale helseportalen helsenorge.no skal tilrettelegges med åpne grensesnitt som gjør det enklere for private aktører å levere nye tjenester til innbyggerne. Dette vil bidra til at nye tjenester kan realiseres raskere, og understøtte innovasjon og næringsutvikling.

Informasjonssikkerhet

Norsk Helsenett SF skal sørge for en sikker IKT-infrastruktur for effektiv elektronisk samhandling mellom alle aktører i helse- og omsorgssektoren. Informasjonssikkerheten skal ivaretas med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarhet. Innbyggere skal ha tillit til at opplysninger blir behandlet og lagret på en trygg og sikker måte.

Gjennom HelseCERT, helsetjenestenes kompetansmiljø for operativ informasjonssikkerhet, samarbeider Norsk Helsenett SF tett med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), NorCERT og øvrige sektors CERTer for å oppdage, fore-

bygge og håndtere ondsinnede inntrengingsforsøk og uønskede IKT-hendelser. HelseCERT tilbyr Nasjonalt beskyttelsesprogram til alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. I dette programmet inngår bl.a. en sensorplattform for å oppdage ond-sinnet aktivitet på Helsenet. Dette bidrar til å ivareta informasjonssikkerheten i nasjonale e-hel-setjenester og i sentrale deler av IKT-infrastruktu-ren. Norsk Helsenet SF arbeider målrettet med å spre informasjon om informasjonssikkerhet i sek-toren.

Center for Cyber and Information Security (CCIS) er et nasjonalt senter for forskning, utdan-ning og kompetansebygging innen cyber- og informasjonssikkerhet. Senterets mandat er å styrke samfunnets kompetanse og ferdigheter når det gjelder å beskytte mot, oppdage, respondere på og etterforske kriminelle handlinger som gjen-nomføres ved bruk av teknologi tilknyttet cyber- og informasjonssikkerhet. Bevilgningen på 2,1 mill. kroner videreføres i 2020.

Post 71 Medisinske kvalitetsregistre

Bevilgningen dekker finansiering av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), som har en sentral faglig og koordine-rende rolle på kvalitetsregisterområdet. Videre dekker bevilgningen videreutvikling av tekniske fellesløsninger, og implementering av felles infra-struktur (teknologiske, organisatorisk og faglig) for medisinske kvalitetsregistre i regi av de regio-nale helseforetakene. Regionale servicemiljø bidrar i utvikling og implementering av fellesløs-ninger for å bedre datakvalitet, legge til rette for pasientrapporterte data samt bistår i bruk og ana-lyse av kvalitetsregisterdata.

Medisinske kvalitetsregistre er registre som løpende dokumenterer behandlingsresultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Helsedirektoratet beslutter nasjonal status. I alt 51 kvalitetsregistre har nasjonal status i midten av 2019. I 2018 offentliggjorde alle registrene med nasjonal status resul-tater på www.kvalitetsregistre.no. Resultater fra 43 kvalitetsregistre er blitt brukt til kvalitetsforbe-dring av helsetjenesten. Det ble publisert 138 vitenskapelige artikler i 2017 basert på data fra medisinske kvalitetsregistre. 71 pst. av registrene samler inn pasientrapporterte data og så å si alle registre har pasient- eller brukerrepresentasjon i sine fagråd.

Til tross for positiv utvikling, er det fortsatt store forskjeller mellom registrene med hensyn til

dekningsgrad, datakvalitet, og bruk av kvalitetsre-gistre til forskning og kvalitetsforbedring. I 2019 ble det innført en prøveordning i innsatsstyrt finansiering (ISF), hvor de regionale helseforeta-kene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre for å øke dekningsgraden. Fra 1. september 2019 har helse-personell etter forskrift om medisinske kvalitets-registre plikt til å melde inn relevante opplysning-er til medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status.

De regionale helseforetakene har på oppdrag i oppdragsdokumentet utarbeidet plan for priori-terte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre. I 2019 prioriterer regionene registre innenfor psykisk helsevern og rusbe-handling. Nasjonalt kvalitetsregister for behand-ling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmid-ler (KVARUS) fikk nasjonal status i 2019. Rapporten fra Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon om helseregistre som virkemiddel for å nå helsepoli-tiske mål, viste at det er behov for at de regionale helseforetakene sørger for at det etableres bedre system og samarbeid på tvers av helseregionene. De regionale helseforetakene arbeider med å revide-re finansierings- og styringsmodellen for kvali-tetsregistre.

De regionale helseforetakene og fagmiljøene knyttet til kvalitetsregistrene er viktige premiss-leverandører i det nasjonale arbeidet med å utvikle felles løsninger i regi helsedataprogram-met og i det videre arbeidet med én innbygger – én journal. Målet er å dreie ressursene fra datainnhenting til kvalitetssikring og analyse av data, og kunne analysere data fra flere fagområder enn i dag. De regionale helseforetakene har i sam-arbeid med Direktoratet for e-helse utarbeidet en plan for hvordan de medisinske kvalitetsregis-trene skal ta i bruk nasjonale fellesløsninger. For-skrift for medisinske kvalitetsregistre legger til grunn at den dataansvarlige skal ta i bruk nasjo-nale fellesløsninger for utsendelse av informasjon, reservasjon og innsyn der dette finnes og er rele-vant.

Post 72 Nasjonale e-helseløsninger

Bevilgningen dekker kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejour-nal, e-resept, helsenorge.no, grunndata og hel-seID. Bevilgningen dekker også kostnader til for-valtning og drift av meldeportalen «En vei inn».

Bevilgningen foreslås økt med 100 mill. kro-ner for å dekke veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

For å samle finansieringen av drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger foreslås å flytte totalt 387 mill. kroner fra følgende kapitler og poster:

- 69 mill. kroner fra kap. 701, post 21
- 30 mill. kroner fra kap. 701, post 70
- 116,9 mill. kroner fra kap. 732 post 21, 72, 73, 74, 75
- 19,8 mill. kroner fra kap. 740 post 01
- 125,3 mill. kroner fra kap. 744, post 01 og 21
- 26 mill. kroner fra kap. 1633, post 01

For å finansiere forvaltning og drift av meldeordningen «En vei inn», foreslås det å flytte totalt 3,9 mill. kroner til denne posten:

- 2,4 mill. kroner fra bevilgningene til de regionale helseforetakene kap.732, post 72–75 (0,6 mill. kroner fra hver)
- 0,5 mill. kroner fra Statens legemiddelverk kap. 746, post 01
- 0,5 mill. kroner fra UKOM kap. 749, post 01
- 0,5 mill. kroner fra Statens helsetilsyn kap. 748, post 01

Samfinansiering av forvaltning og drift

Regjeringen foreslår å innføre prinsippet om samfinansiering av kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene e-resept, kjernejournal, helsenorge.no, grunndata og helseID. I budsjettet for 2020 innebærer dette at regionale helseforetak må dekke veksten i kostnader innenfor den foreslåtte vekstrammen til de regionale helseforetakene. Kommunens bidrag er tatt hensyn til ved fastsettelsen av veksten i frie inntekter til kommunesektoren. Målet er å bidra til økt bruk og til bedre og mer driftssikre nasjonale e-helseløsninger gjennom å utvikle ny funksjonalitet, redusere teknisk gjeld og hente inn vedlikeholdsetterslep. Både kommuner og regionale helseforetak vil framover bli belastet for veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Helse- og omsorgsdepartementet etablerer høsten 2019 et teknisk beregningsutvalg for å sikre legitimitet til tallgrunnlaget og transparens i beregning av kostnadene. Utvalget skal bidra til best mulig tallgrunnlag for å beregne kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene og helsenettet. Utvalget skal bestå av aktører som betaler for nasjonale e-helseløsninger. Utvalget skal gjennom arbeidet med å vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og til størst mulig

grad av konsensus om nivå på og fordeling av kostnadene.

Helse- og omsorgsdepartementet utreder ytterligere regulering av e-helsefeltet. Departementet vil vurdere å regulere regionale helseforetak og kommuners plikt til tilgjengeliggjøring og betaling for eksisterende nasjonale e-helseløsninger.

Departementet vurderer i samarbeid med KS mulige tiltak for å styrke kommunesektorens innflytelse på e-helseutviklingen. Det gjelder tilpassninger i den nasjonale styringsmodellen for e-helse, bruk av konsultasjonsordningen og en mulig samarbeidsavtale om innføring i kommunene. Prinsippene for samstyring i digitaliseringsarbeidet fra Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor (2019–2025), legges til grunn for arbeidet.

Nærmere om de nasjonale e-helseløsningene

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning som gjør at helsepersonell, uavhengig av om de arbeider ved sykehus, på legevakt, i hjemmesykepleien, på sykehjem eller som fastlege, kan få innsyn i nødvendig informasjon om pasienten. Kjernejournal er innført på alle sykehus, alle legevakter og på 90 pst. av fastlegekontorene. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til egen kjernejournal via helsenorge.no. Direktoratet for e-helse samarbeider med utvalgte kommuner om utprøving og innføring i 2019.

E-resept er en elektronisk løsning for sikker overføring av resepter mellom rekvirenter, apotek og bandasjister. Løsningen bidrar til at helsepersonell har bedre oversikt over pasientens gyldige resepter og også at pasienter får oversikt over egne resepter via helsenorge.no. Med e-resept kan pasienter og innbyggere henvende seg til hvilket som helst apotek for å hente ut legemidlene. E-resept er tatt i bruk av apotek, bandasjister, sykehus og fastleger. E-resept skal også tas i bruk i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Over 90 pst. av alle resepter er nå elektroniske. Det er utviklet løsning for nettapotek og det pågår et kontinuerlig arbeid med å koble på nye rekvirentgrupper som tannleger, psykologer, jordmødre, helsesykepleiere, fysioterapeuter med flere.

Helsenorge.no er en nasjonal innbyggerportal med kvalitetssikret helseinformasjon og tjenester for kommunikasjon mellom innbyggerne og helse- og omsorgssektoren. Helsenorge.no skal bidra til å realisere pasientens netthelsetjeneste ved å gi innbyggerne én vei inn til offentlige digitale helsetjenester. Portalen skal gjøre det enkelt og sikkert for innbyggerne å ha kontakt med helsetjenesten på nett. Virksomheter i den offentlige

helsetjenesten, aktører med offentlig avtale, for eksempel fastleger, avtalespesialister og private sykehus, og helseforvaltningen kan benytte og tilby tjenester på helsenor.no. Helsenor.no har også tjenester for refusjon for pasientreiser, egenandeler og frikort. Over 3,3 millioner av landets innbyggere bruker helsenor.no til å lese i egen journal, få oversikt over resepter, og være i dialog med helsetjenesten.

Grunndata er en løsning som gir sektoren tilgang til ulike registre med informasjon om personer, personell og virksomheter. Grunndata er en av felleskomponentene i helsenettet og er en forutsetning for tjenester som identitetsforvaltning, sporbarhet og tilgangsstyring. Løsningen er enhetlig og med autorativ informasjon som skal være oppdatert til enhver tid. Grunndata gir mulighet for søk, oppslag, lagring, berikelse og distribusjon av informasjonen i registrene.

HelseID er en av felleskomponentene i helsenettet og gjør det mulig å få tilgang til ulike

systemer via én sikker pålogging. Løsningen kan bidra til å redusere antallet pålogginger som helsepersonell må foreta hver dag og gjøre nasjonale e-helseløsninger lettere tilgjengelige. Bruk av HelseID gjør det mulig å sikre tilgang til data bedre, og bidra til å øke informasjonssikkerheten i helse- og omsorgssektoren. Personell som er pålogget med tilstrekkelig sikkerhetsnivå lokalt vil slippe ny pålogging ved tilgang til nasjonale e-helseløsninger og ved oppslag i data og dokumenter ved andre helseinstitusjoner. HelseID videreutvikles for å understøtte økt bruk og sektorens behov.

Meldeportalen «Én vei inn»

Gjennom prosjektet «Én vei inn» etableres felles meldeportal for ulike meldeplikter. Målet er å gjøre det enklere å melde og å redusere underrapportering. «Én vei inn» forvaltes og driftes av Norsk helsenett SF fra 1. januar 2020. Se nærmere omtale under kap. 781, post 21.

Kap. 3701 E-helse, helseregistre mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
02	Diverse inntekter	274 962	200 097	128 618
	Sum kap. 3701	274 962	200 097	128 618

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås redusert med 76,9 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon i utgifter over kap.

701, post 21, knyttet til flytting av oppgaver til nasjonal tjenesteleverandør.

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	25 940	24 762	25 426
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 820	3 897	4 002
	Sum kap. 0702	29 760	28 659	29 428

Helseberedskapens formål er å verne liv og helse samt bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer, i fredstid og krig.

Helseberedskapen bygger på folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestens daglige virke, i tråd med ansvars-, nærhets-, likhets- og samvirkeprinsippet. Helseberedskapsloven og øvrig

helselovgivning regulerer ansvar og finansiering ivaretas i hovedsak over driftsbudsjettene.

Nasjonal helseberedskapsplan beskriver lov- og plangrunnlag, aktører, roller, ansvar, og viser sektorens systematiske risikostyring av samfunnssikkerhet og beredskap. Ifølge planen får Helsedirektoratet som hovedregel delegert fullmakt til å koordinere sektorens innsats ved kriser. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester og skal ved kriser om nødvendig legge om, og utvide driften. Kommunene har tilsvarende ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen, samt ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade – herunder sørge for smittevern, miljørettet helsevern, trygt drikkevann og strålevern. Overordnede planer er supplert av spesialiserte planer på enkeltområder.

Mål for 2020 er å bevare og forsterke:

- God sikkerhet, beredskap og krisehåndteringsevne basert på risikostyring
- Helseberedskapen mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer
- Kritisk infrastruktur som strøm, IKT, drikkevann, legemidler og materiell
- Sivilt-militært samarbeid nasjonalt og internasjonalt

God sikkerhet, beredskap og krisehåndteringsevne basert på risikostyring

Sikkerhet, beredskap og krisehåndtering i helsesektoren bygger på den daglige tjenesten, oversikt over risiko, forebygging, beredskapsplanlegging, øvelser og erfaring fra hendelser. Sikkerhet og beredskap skal være integrert i virksomhetenes prosesser og styringsstruktur og ta utgangspunkt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Terrorangrepet mot regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011, Ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015, skredulykken i Longyearbyen 2015, cyberangrepet på Helse Sør-Øst RHF 2018 og saken med forurenset vann på Askøy 2019 er hendelser hvor helsesektoren har tatt i bruk beredskapsplanverk. Evalueringer har avdekket læringspunkter, men har konkludert med at hovedinnretningen på helseberedskapen i Norge er god. Det samme viser overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger for 2019, som også peker på behov for å forsterke beredskapen for legemidler, drikkevann og IKT, jf. senere omtale. Tiltak følges opp i kommunene, regionale helseforetak og sentral helseforvaltning. Kommunenes plikt til

psykososial beredskap og oppfølging er klargjort i helse- og omsorgstjenesteloven fra 1. januar 2018. Oppfølging av de rammede etter 22. juli prioriteres fortsatt, jf. omtale under kap. 765, post 21 og post 75.

I dialog med fylkesmennene i de tre nordligste fylkene og andre berørte departement, er Helse- og omsorgsdepartementet også kjent med at mange lokalsamfunn i nord har beredskapsutfordringer, bl.a. som følge av den demografiske utviklingen.

Departementet mottok i juni i år rapport fra Helsedirektoratet med forslag til endringer av helseberedskapsloven. Departementet planlegger å sende saken på høring høsten 2019.

Departementet startet i 2017 en pilot for å etablere norsk Emergency Medical Team (EMT 1) i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Utenriksdepartementet. Piloten ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret og frivillige organisasjoner. Teamet ble godkjent av WHO i 2018 og skal på kort varsel kunne stilles til disposisjon for internasjonal innsats via EUs krisehåndteringsmekanisme. Teamet er nå operativt og har deltatt i en øvelse i Romania. Ekspertes som inngår i temaet har ved tre anledninger bistått med opplæring og rådgivning i DR Kongo i 2018 og 2019. Piloten evalueres, som grunnlag for å vurdere eventuell permanent videreføring av ordningen.

Departementet og sektorens planverk ble øvet under NATO-øvelsen Trident Juncture høsten 2018. Det er utviklet planverk for medisinsk evaluering av masseskader i fred, krise og krig, som ble øvet da helsetjenesten gjennomførte Nasjonal Helseøvelse, samordnet med Trident Juncture 2018 (Ørland, Tynset, Orkdal, Kristiansund og Elverum). Øvelsene ga mulighet til å trene på håndtering av masseskader og krigføring med kjemiske stridsmidler sammen med Forsvaret, NATO og frivillige organisasjoner. Erfaringene vil bli brukt til å videreutvikle planverk for helseberedskapen i samarbeid med forsvaret.

Ny lov om nasjonal sikkerhet trådte i kraft 1. januar 2019. Hovedformålet med loven er å trygge nasjonale sikkerhetsinteresser og å forebygge, avdekke og motvirke sikkerhetstruende virksomhet. Nasjonale sikkerhetsinteresser ivaretas ved å beskytte grunnleggende nasjonale funksjoner (GNF). Slike funksjoner er tjenester, produksjon og andre former for virksomhet der et helt eller delvis bortfall av funksjonen vil få konsekvenser for statens evne til å ivareta nasjonale sikkerhets-

interesser. For å trygge de nasjonale sikkerhetsinteressene, legger regelverket opp til at vi skal beskytte skjermingsverdige verdier i form av informasjon, informasjonssystemer, objekt og infrastruktur som er vesentlig for å opprettholde de nasjonale sikkerhetsinteressene. Departementene skal i samsvar med sikkerhetsloven § 2-1 identifisere GNF. Departementet tar sikte på å fastsette GNF for eget myndighetsområde i løpet av høsten 2019. Helse- og omsorgssektoren er i all hovedsak offentlig, og allerede omfattet av loven. Departementet har gitt oppdrag til virksomheter i sektoren om å utarbeide skadevurderinger med bakgrunn i foreløpig identifiserte GNF. Skadevurderingene vil danne grunnlag for senere utpeking og klassifisering av eventuelle skjermingsverdige verdier, samt fastsettelse av frister for gjennomføring av nødvendige sikringstiltak. Skadevurderingene vil også gi grunnlag for å identifisere avhengigheter til andre offentlige og private virksomheter, som er av vesentlig eller avgjørende betydning for GNF. Departementet har gjennomført en betydelig del av arbeidet i 2019. Inntil det er fattet vedtak etter ny lov, gjelder alle vedtak fattet etter den gamle loven. Dette betyr bl.a. at objekter klassifisert etter gammel sikkerhetslov også er klassifisert etter ny lov, jf. kgl.res. 20. desember 2018.

Helseberedskap mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer

CBRNE er en fellesbetegnelse på hendelser som omfatter kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer (R), nukleært materiale (N) og eksplosiver (E) med høyt farepotensiale. Helsesektorens beredskap mot CBRNE-hendelser bygger på det alminnelige smittevernet, miljørettet helsevern, og atomberedskapen, supplert av spesialiserte planer og kompetansemiljøer. Det er systemer for overvåking, måling, analyse og varsling, samt tiltak for å forebygge og møte CBRNE-hendelser. Folkehelseinstituttet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har fageksperter og kan bistå kommuner og andre ved hendelser. Nasjonal behandlingstjeneste for personer utsatt for kjemiske og biologiske agens, radioaktiv stråling og eksplosiver (CBRNE-skader) er lagt til Helse Sør-Øst RHF og etablert ved Oslo Universitetssykehus HF. For å sikre rask koordinert håndtering i akutfasen av radionukleære hendelser er det et eget Kriseutvalg for atomberedskap, ledet av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. For øvrig deltar Helsedirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og bered-

skap, Forsvaret, Politidirektoratet, Mattilsynet, Kystverket og Utenriksdepartementet.

CBRNE-beredskapen følges opp i tråd med Nasjonal strategi for CBRNE beredskap 2016–2020 og Meld. St. 19 (2019–2020) Folkehelsemeldingen, Gode liv i et trygt samfunn. Stortinget vedtok ny smittevernlov juni i år. Departementet har fastsatt Mandat for Beredskapsutvalg mot biologiske hendelser og vil fastsette en Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Folkehelseinstituttet har ansvar for forsyning av vaksiner og vaksineberedskap, som er et viktig tiltak for å beskytte befolkningen mot spredning av smittsom sykdom. Det vises til omtale under kap. 710 Vaksiner mv. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal i 2020 videreføre arbeidet med å styrke målekapasitet og forberede en nasjonal atomberedskapsøvelse i 2021. Det vises til omtale under kap. 747.

Kritisk infrastruktur som strøm, IKT, drikkevann, legemidler og materiell

Kommuner og helseforetak skal, som ledd i sin beredskapsplanlegging, sikre tilgang til energi, IKT, vann og mat, legemidler og medisinsk utstyr ved hendelser og kriser.

Legemiddelgrossistene plikter å ha beredskapslager av enkelte legemidler til bruk i primærhelsetjenesten for minst to måneders ordinær omsetning, jf. vedlegg til grossistforskriften. Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Helsedirektoratet forvalter avtaler med grossister om beredskapslagre av antivirale legemidler og jod, samt utstyr og materiell. De siste årene har det oppstått stadig flere situasjoner med legemiddelmangel. Dette er en global utfordring. De viktigste årsakene til mangelsituasjoner er produksjonsproblemer, at legemidler trekkes fra markedet, logistikkproblemer og rask etterspørselsøkning. Internasjonalt samarbeid er viktig for å redusere antall mangelsituasjoner og sikre god informasjon. Norge deltar i samarbeid på nordisk, europeisk og globalt nivå. Helsedirektoratet har gjennomgått legemiddelberedskapen og foreslått en rekke tiltak, jf. rapport IS-2837. Departementet vil vurdere alle forslagene og hvordan de skal følges opp i sin helhet. Departementet arbeider allerede med forslag til lovendringer for å styrke Legemiddelverkets hjemler og tar sikte på å sende forslaget på høring i løpet av høsten 2019. Dette lovarbeidet vil ivareta flere av rapportens anbefalinger.

Myndighetenes evne til å sikre befolkningen trygt drikkevann er aktualisert ved forurensningen av drikkevannsforsyningen på Askøy. På bakgrunn av Askøysaken har Mattilsynet fått i oppdrag å kartlegge situasjonen på drikkevannsområdet i alle landets kommuner, bl.a. med tanke på utfordringer generelt og vedlikehold av ledningsnett. Hoveddelen av Norges befolkning mottar vann fra store vannforsyningssystemer med god kvalitet og gode beredskapsplaner. Om lag 90 pst. av vannverkene, som leverer vann til minst 50 fastboende personer, har rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplaner. Om lag halvparten av planene er ifølge rapportene blitt oppdatert siste år. En del mindre vannverk har mangler i sine beredskapsplaner og enkelte større vannverk mangler tilstrekkelig reservevannforsyning. Dette siste gjelder også Oslo kommune. Departementet og Mattilsynet følger særskilt opp arbeidet med Oslos nye reservevannforsyning som skal stå klar i 2028. For øvrig er den viktigste utfordringen på vannområdet gammelt og dårlig ledningsnett. Forebygging og beredskap på drikkevannsområdet følges opp i tråd med Meld. St. 19 (2019–2020) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn. Mattilsynet er bedt om å prioritere tilsyn og bruke strengere virkemidler overfor kommuner og vannverk som ikke oppfyller regelverket. Drikkevann er også tema under totalforsvarsprogrammet 2016–2020.

Sivilt-militært samarbeid nasjonalt og internasjonalt
Helse- og omsorgsdepartementet møter fast i Kriserådet og forvalter mandat for Helseberedskaps-

rådet, Kriseutvalget for atomberedskap og Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser. Helsesektoren samarbeider med forsvaret om planverk og øvelser bl.a. i Program for å videreutvikle totalforsvaret og øke motstandsdyktigheten i samfunnskritiske funksjoner 2016–2020, som ledes av Justis- og beredskapsdepartementet.

Den nasjonale helseberedskapen ivaretas innenfor en internasjonal ramme. Norge deltar i Verdens helseorganisasjon (WHO), Det internasjonale atomenergibyrådet og NATO og samarbeider med EU om overvåking, analyse, varsling og tiltak ved hendelser. Nordisk helseberedskapsavtale gir rammer for nordisk helseberedskapssamarbeid og omfatter bl.a. informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker beredskapstiltak, som analyser, plan- og systemutvikling, øvelser og kompetansetiltak, beredskapslagre av legemidler og materiell, systemer for overvåking, målekapasiteter, varsling, laboratorieberedskap og ulike innsatsteam.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til beredskapstiltak til Nasjonal behandlingstjeneste for personer utsatt for CBRNE-skader og til Røde Kors for tilrettelegging av pårørendeberedskap.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	6 657	8 115	5 926
71	Internasjonale organisasjoner	44 248	43 717	53 017
	Sum kap. 0703	50 905	51 832	58 943

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

Bevilgningen foreslås redusert med 2,1 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon i merinntekter over kap. 3703, post 02.

Hovedformålet med Norges internasjonale helsesamarbeid er å fremme allmenn folkehelse og ivareta norske helsepolitiske interesser i internasjonal sammenheng.

Mange av dagens helseutfordringer overskrider nasjonale grenser. Ingen land kan løse dem alene. De gode løsningene forutsetter internasio-

nalt samarbeid. Økt reiseaktivitet, handel, markedsføring, demografiske endringer, klimaendringer og miljøforhold, er eksempler på faktorer som påvirker oss alle, og som må løses av alle. De berører også vår nasjonale helsepolitikk. FNs bærekraftsmål (Agenda 2030), som ble vedtatt i 2015, peker på sammenhengen mellom nasjonal og internasjonal politikk. Disse målene forplikter Norge både nasjonalt og internasjonalt.

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

Universell helsedekning (UHC) er viktig for oppnåelsen av bærekraftsmål tre om helse. Norge følger opp UHC som et av de viktigste overordnede målene for WHO. Smittsomme sykdommer er fortsatt en hovedårsak til for tidlig død globalt, men i stadig flere land utgjør ikke-smittsomme sykdommer den viktigste årsaken til for tidlig død. Tobakk, alkohol, usunt kosthold, for lite fysisk aktivitet og for mye stillesitting er viktige risikofaktorer for å utvikle kroniske sykdommer. Psykiske lidelser utgjør en betydelig del av landenes sykdomsbyrde og bidrar mer til den samlede uførheten globalt enn de fleste andre sykdommer. Psykiske lidelser er fortsatt ofte forbundet med stigma og diskriminering i mange land. Helse-systemer i mange deler av verden er dårlig tilpasset, har for lav kapasitet, og er ikke i stand til å møte voksende utfordringer knyttet til ikke-smittsomme sykdommer og en aldrende befolkning. I mange tilfeller undermineres de av dårlig tilgang på helsearbeidere, tilgang på legemidler, utilstrekkelig helse- og levekårsstatistikk og andre systemiske svakheter. Tilgang på legemidler er en økende utfordring både globalt og nasjonalt.

Økende økonomiske forskjeller mellom og innad i land fører til økt sosial ulikhet i helse.

Antimikrobiell resistens er et raskt økende og komplekst problem, med sterke sammenhenger mellom dyrehelse, human helse og miljø. Denne utfordringen truer i ytterste konsekvens mange av de store framskrittene som er gjort i moderne medisin. Norge deltar i det internasjonale arbeidet på nordisk, europeisk og globalt nivå gjennom en aktiv deltakelse i ulike initiativ og organisasjoner. Norge skal fortsette å spille en aktiv rolle i det internasjonale arbeidet for å sikre fortsatt høy oppmerksomhet og for å utvikle globale løsninger på utfordringen. Ebolautbruddet i 2014 avdekket mangler i det globale beredskapssystemet mot pandemiske sykdommer.

Internasjonalt helsesamarbeid er integrert i de ulike fagområdene og finansieres i hovedsak over ordinære budsjettkapitler. Hovedområder er FN/Verdens helseorganisasjon (WHO), Verdens handelsorganisasjon (WTO), EU/EØS, Europarådet, OECD, nordisk samarbeid, Den nordlige dimensjon og Barentssamarbeidet. Norge har bilaterale helsesamarbeidsavtaler med Russland, Moldova, Colombia, Ukraina og Kina.

For nærmere omtale vises det til kapittel 10 Internasjonalt samarbeid i del III, Omtale av særlige tema.

Mål for 2020:

- Styrke arbeidet for å nå universell helsedekning
- Bidra til å ivareta WHO's globale normative rolle og deres evne til å drive helsepolitisk og helsefaglig arbeid
- Følge opp WHO's resolusjon om større åpenhet om legemiddelpriser i samarbeid med andre land og aktører
- Støtte videre arbeid med styrking av WHO's helsekriseprogram
- Arbeide for at WHO, FAO og OIE styrker sin normative rolle på antimikrobiell resistensfeltet og følger opp høynivåerklæringen om AMR fra FNs generalforsamling, og støtte opp om at organisasjonene og medlemslandene implementerer tiltakene i den globale AMR-handlingsplanen
- Bidra til god oppfølging i OECD, ILO og WHO av anbefalingene fra FNs høynivåkommissjon for helsearbeidere og økonomisk vekst
- Fremme norske posisjoner relatert til verdens narkotikaproblem i CND og UNODC samt øvrige berørte organer, herunder WHO, og følge opp FNs generalforsamlings spesialseksjon (UNGASS) om narkotika
- Bidra i multilaterale prosesser i oppfølgingen av vedtak av nye globale bærekrafts- og utviklingsmål
- Fortsette arbeidet med å styrke gjennomføringen av tobakkskonvensjonen både nasjonalt og internasjonalt
- Gjennomføre de nye forpliktelsene i protokollen mot ulovlig handel med tobakk, og bidra i det internasjonale samarbeidet på feltet
- Fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer, byråer og komiteer på helse- og mattrygghetsområdet
- Sikre at helserelevante aspekter ved Storbritannias uttrede av EU blir best mulig ivaretatt innen rammen av EØS-samarbeidet

- Bidra i WHO/UNECEs arbeid under protokollen om vann og helse samt bidra og delta i miljø- og helseprosessen i regi av WHO EURO
 - Bidra og delta i internasjonalt samarbeid om aktiv og sunn aldring i FN, EU, OECD, Nordisk ministerråd og bilateralt
 - Bidra i oppfølgingen av WHO's globale handlingsplan for fysisk aktivitet
 - Følge opp WHO's arbeid med ikke-smittsomme sykdommer, inkludert psykisk helse, herunder gjennom regjeringens strategi for ikke-smittsomme sykdommer i bistandsarbeidet
 - Bidra og delta i WHO's og FAOs arbeid for bedre ernæring og mattrygghet
 - Bidra i det globale nettverket som Norge har initiert for å øke fiskeforbruket
 - Delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser
 - Styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk ministerråd
 - Ivareta norsk helsesamarbeidet under Den nordlige dimensjon og Arktisk råd, gjennomføring av det norske formannskapet i Barents helse- og sosialsamarbeid
 - Ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og investeringsavtaler
- Videreutvikle det bilaterale helsesamarbeidet med Colombia, Kina, Moldova, Russland og Ukraina.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker kostnader i tilknytning til internasjonalt samarbeid, herunder bl.a. ekspertstillinger i internasjonale organisasjoner og kontingent til Europarådet.

Bevilgningen foreslås redusert med 2,1 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon over kap. 3703, post 02, jf. omtale der.

Post 71 Internasjonale organisasjoner

Bevilgningen dekker årlige kontingenter til programmer og byråer i EU hvor Norge er forpliktet til å delta. Kontingentenes størrelse fastsettes av EU og varierer fra år til år, som følge av generell årlig beregning av EØS/EFTA-landenes bidrag til EU for deltakelse i komiteer og programmer, basert på utviklingen av Norges BNP sammenliknet med EU-landenes BNP, valutautvikling og generell kostnadsutvikling i programmene.

Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
02	Diverse inntekter	2 786	2 089	
	Sum kap. 3703	2 786	2 089	

Post 02 Diverse inntekter

Det foreslås å redusere bevilgningen med 2,1 mill. kroner i tilknytning til overføring av prosjektmidler fra sekretariatet i Nordisk ministerråd. Under det norske formannskapet i Nordisk ministerråd i 2017, ble det satt i gang treårige prioriteringsprosjekter. Helse- og omsorgsdepartementet har fått

tilført midler fra ministerrådet til nordisk forskningssamarbeid for bedre helse. Disse midlene har finansiert ulike tiltak/prosjekter, både ettårige og flerårige. Prosjektutgifter er ført på kap. 703, post 21. I 2020 opphører overføringen av disse prosjektmidlene fra sekretariatet i Nordisk ministerråd.

Kap. 704 Helsearkivet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter		38 700	64 590
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		46 000	8 542
	Sum kap. 0704		84 700	73 132

Norsk helsearkiv ble etablert som statlig virksomhet i 2019, og er organisert som en enhet i Arkivverket. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig bevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten. Norsk helsearkiv er en viktig satsing for å bidra til å fremme medisinsk og helsefaglig forskning.

Virksomheten er regulert i helseregisterloven, jf. §12 Helsearkivregisteret, vedtatt 7. juni 2012. En vesentlig del av virksomheten vil være å etablere og forvalte Helsearkivregisteret – et helseregister med personidentifiserbar dokumentasjon om avdøde pasienter. Riksarkivaren er databehandlingsansvarlig for opplysningene i Helsearkivregisteret, jf. arkivloven §4.

Norsk helsearkiv har vært en interimorganisasjon under Riksarkivaren siden 2010, finansiert over kap. 781, post 21. Interimorganisasjonen i Oslo vil opphøre 31. desember 2019. Norsk helsearkiv tok i bruk nytt bygg på Tynset 1. april 2019 iht. vedtatt plan og kostnadsramme.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningsforslaget er i hovedsak knyttet til lønnsutgifter, utgifter til lokaler, årlig support og utvidelse av IT lagring og andel av felleskostnader i arkivverket.

Bevilgningen foreslås økt med 24,6 mill. kroner til økte lønns- og driftsutgifter knyttet til helårseffekten av etableringen.

Mottak og digitalisering

Virksomheten på Tynset skal ivareta funksjoner for mottak av pasientjournaler på papir, digitalisering med tilhørende kassasjon, digital langtidsbevaring og digital tilgjengeliggjøring. Samlet kapasitet for dette produksjonsløpet vil omfatte totalt 100.000 hyllemeter papirarkiv fra spesialisthelsetjenesten. Alle funksjoner knyttet til Norsk helse-

arkiv, med unntak av varig bevaring av et utvalg papirarkiv i Mo i Rana, ivaretas på Tynset.

Produksjonen skal i 2020 være i full drift med 22 produksjonslinjer som er optimalisert for effektiv digitalisering av pasientarkivene. Kvalitetskontroll vil utføres iht. helsearkivforskriften og etableringen av digital langtidsbevaring iht. internasjonale krav.

Produksjonsvolumet vil være avhengig av at helseforetak og andre avleveringspliktige virksomheter overfører sine fysiske pasientarkiver, og for øvrig oppfyller sine forpliktelser etter helsearkivforskriften. Avlevering av pasientarkiv skal skje etter at arkivskaper ikke lenger har behov for pasientjournalene, tidligst ti år etter pasientens død. Tidligere overføring kan likevel gjennomføres etter avtale. Veiledning av virksomheter og avtaler om avlevering vil være en prioritert oppgave for Norsk helsearkiv.

Norsk helsearkiv skal også motta og bevare digitalt skapte pasientarkiver (elektroniske pasientjournaler) fra spesialisthelsetjenesten. Norsk helsearkiv skal bidra til at det utvikles funksjonalitet for arkivuttrekk fra pasientjournalssystem.

Tilrettelegging for forskning

Digitaliseringen av pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten vil føre til økt tilgjengelighet for pårørende og forskere. Dette vil gjøre medisinsk og helsefaglig forskning enklere og mindre ressurskrevende. Forsker tilgang gis dersom reglene om taushetsplikt er oppfylt, og hovedregelen etter helsearkivforskriften er at materialet utleveres uten direkte personidentifiserbare kjennetegn.

Det vil i 2020 arbeides for å gjøre helsearkivregisteret kjent i relevante forskningsmiljøer. Registeret vil være en selvstendig kilde for forskning, men kan samtidig supplere andre helse- og kvalitetsregistre forutsatt at vilkårene for utlevering og kobling av helsedata er oppfylt.

Norsk helsearkiv vil i 2020 etablere løsninger for digital søknads- og saksbehandling og sikker digital utlevering av arkivmateriale. Løsningen for forskere vil etableres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Helsedataprogrammet. Norsk helsearkiv har allerede etablert et kvalitetssystem som oppfyller lov- og forskriftskrav knyttet til personvern og informasjonssikkerhet, og vil arbeide kontinuerlig for høy grad av etterlevelse i virksomheten.

Etableringen av Norsk helsearkiv på Tynset understøtter regjeringens regionalpolitikk, og har skapt positive ringvirkninger for Fjellregionen. Virksomheten vil bli et kompetansesenter for digitalisering av fysisk arkivmateriale, arkivuttrekk fra elektroniske pasientjournalssystemer, informasjonssikkerhet, kvalitetskontroll og langtidsbevaring av digitale arkiver.

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Bevilgningsforslaget er knyttet til utvidelse av IT-lagring i tråd med avlevering og produksjon, samt kommende investeringer knyttet til oppgradering og migrering av maskinvare, utstyr og systemer ved Norske helsearkiv.

Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner mot tilsvarende forslag om økning i inntekter over nytt kap. 3704, post 02. Forslagene om bevilgningsendringer er knyttet til avlevering av arkivmaterieell. Det foreslås også en merinntektsfullmakt mellom postene, jf. forslag til romertallsvedtak.

Bevilgningen foreslås redusert med 40,4 mill. kroner knyttet til gjennomført etablering av Norsk helsearkiv på Tynset i 2019.

Kap. 3704 Helsearkivet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
02	Diverse inntekter			3 000
	Sum kap. 3704			3 000

Post 02 Diverse inntekter

Det foreslås å opprette nytt kap. 3704, post 02 til føring av inntekter knyttet til avlevering av arkivmaterieell.

Det foreslås å bevilge 3 mill. kroner på kap. 3704, post 02 mot tilsvarende forslag om økning i bevilgning på kap. 704, post 21.

Kap. 708 Eldreombudet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter			7 000
	Sum kap. 0708			7 000

Det foreslås 7 mill. kroner knyttet til at regjeringen arbeider med å etablere et eget eldreombud i andre halvdel av 2020. Forslag til lov om Eldreombudet er på høring med frist 6. desember 2019, og skal danne rammen for Eldreombudets arbeidsområde og virksomhet. Forslaget tar utgangspunkt i reguleringen av Barneombudet, med enkelte tilpasninger. Det foreslås at loven fastset-

ter at Eldreombudet skal fremme eldres interesser, rettigheter og behov og engasjere seg i forhold som berører eldres interesser på alle samfunnsområder. Det foreslås videre at Eldreombudet skal være et uavhengig forvaltningsorgan administrativt underordnet Kongen og departementet. Regjeringen har bestemt at det nye Eldreombudet skal lokaliseres i Ålesund. Forbere-

delsene til etablering vil begynne i 2020, med forbehold om Stortingets vedtak. For å legge til rette for samarbeid og synergier, vil Senter for et

aldersvennlig Norge bli samlokalisert med ombudet, men være organisert under Helsedirektoratet.

Kap. 709 Pasient- og brukerombud

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	72 537	74 021	73 326
	Sum kap. 0709	72 537	74 021	73 326

Samfunnsoppdrag

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven av 2. juli 1999 nr. 63, kap. 8. Med Stortingets tilslutning til Prop. 64 L (2018–2019), er det lovfestet at ett av dagens pasient- og brukerombud skal ha en koordinerende rolle for alle ombudene. Det er i tillegg vedtatt å innlemme den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i pasient- og brukerombudsordningen.

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerombudet skal bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene.

Pasient- og brukerombudet er representert i alle fylker. I Hedmark og Oppland, Aust- og Vest-Agder samt i Oslo og Akershus er det ett ombud. Ombudet i Oslo og Akershus er administrativt tilknyttet Oslo kommune. De øvrige pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet. Ombudene utfører sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

Pasient- og brukerombudet er et lavterskeltilbud for pasienter, brukere og pårørende og har særlig oppmerksomhet på å bistå de som trenger det mest. Ombudenes viktigste oppgave er å være tilgjengelig for brukerne. Henvendelser til ombudet forsøkes løst på lavest mulig nivå og gjerne i direkte dialog med tjenestestedene. Ombudene prioriterer utadrettet og oppsøkende virksomhet for å spre kunnskap og informasjon om rettigheter og om ombudsordningen. Gjennom møter med pasienter og brukere samler ombudene erfaringer som brukes til å styrke kvaliteten i tjenestene. Pasient- og brukerombudene bidrar til den årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

I 2018 mottok pasient- og brukerombudene i overkant av 15 000 henvendelser. Det er en liten nedgang fra 2017. Det vises til felles årsmelding for pasient- og brukerombudene. I årsmeldingen kommer ombudene med anbefalinger til tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Regjeringen ønsker å løfte pasient- og brukerombudsordningen og har med Stortingets behandling av Prop. 64 L (2018–2019) fått tilslutning til å lovfeste at ett av dagens pasient- og brukerombud skal ha en koordinerende rolle for alle ombudene. I tillegg er den fylkeskommunale tannhelsetjenesten innlemmet i ombudsordningen. Endringene trer i kraft fra 1. januar 2020.

Årsverk

Årsverkene i Pasient- og brukerombudene inngår i oversikten under Helsedirektoratet, se kap. 740.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjørelse, varer og tjenester. Ombudsordningen ble styrket med 2 mill. kroner i 2019. Midlene skal bidra til å styrke ombudets koordinerende rolle som trer i kraft fra 2020.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 105 (2017–2018), 7. desember 2017:

«Stortinget ber regjeringen vurdere å utvide arbeidsområdet til pasient- og brukerombudene til også å gjelde fylkeskommunale tannhelsetjenester.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 150 L (2016–2017) Lov om statlig tilsyn med helse-

tjenesten mv. (helsetilsynsloven), jf. Innst. 53 L (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2018 sendte på

høring forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og tannhelsetjenesteloven, herunder om utvidelse av arbeidsområdet til ombudene.

Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
710	Vaksiner mv.	379 782	336 375	303 925	-9,6
712	Bioteknologirådet	9 436	9 762	14 944	53,1
714	Folkehelse	439 186	443 641	456 814	3,0
717	Legemiddeltiltak	68 589	70 287	71 795	2,1
	Sum kategori 10.10	896 993	860 065	847 478	-1,5

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
01-23	Statens egne driftsutgifter	546 216	508 071	472 968	-6,9
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	86 600	93 013	94 813	1,9
70-89	Andre overføringer	264 177	258 981	279 697	8,0
	Sum kategori 10.10	896 993	860 065	847 478	-1,5

Programkategorien omfatter nasjonale satsinger og tilskudd på folkehelseområdet, vaksineforsyning, legemiddeltiltak, sektoravgifter samt Bioteknologirådet og Vinmonopolet.

Regjeringen vil videreføre og videreutvikle et effektivt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. En viktig del av dette er å legge til rette for gode liv i et trygt samfunn, jf. Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga.

Regjeringen viderefører de tre nasjonale målene for folkehelsepolitikken:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Folkehelsen i Norge er god, forventet levealder øker stadig, og er nå rundt 84 år for kvinner og 81 år for menn.

Det er fortsatt sosiale ulikheter i helse i alle aldersgrupper. Barn som lever i lavinntektsfamilier er særlig utsatt. Regjeringen vil forsterke innsatsen for å redusere ulikhetene, blant annet ved å legge vekt på fordelingseffekter ved prioritering av folkehelseiltak og gjennom en samarbeidsstrategi for å gi barn i lavinntektsfamilier større muligheter for deltakelse og utvikling.

Regjeringen prioriterer arbeidet med å fremme god helse og øke livskvaliteten til barn og unge høyt. Dette handler bl.a. om å legge til rette for godt foreldreskap, trygge hjem og gode nærmiljøer og motvirke ensomhet. Regjeringen vil synliggjøre ensomhet som et folkehelseproblem, og har i folkehelsemeldinga lansert en egen

ensomhetsstrategi. Å forebygge ensomhet kan bidra til helse og livskvalitet. Målet er mer kunnskap og bedre forebygging.

Regjeringen vil skape et mer aldersvennlig samfunn slik at vi er bedre rustet til å møte aldringen av befolkningen. Dette skal skapes i samarbeid med involverte aktører. Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge skal bidra til å utvikle mer aldersvennlige løsninger i alle sektorer og å fremme mer aktive eldre. Rådet for et aldersvennlig Norge skal forankre og gi retning til gjennomføring av programmet. Regjeringen vil etablere et nasjonalt eldreombud etter modell av Barneombudet for å fremme Eldres interesser i samfunnet, jf. omtale kap. 708, post 01.

Norge har sluttet seg til WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 pst. innen 2025. Målet er senere endret til 30 pst. reduksjon innen 2030.

Det er fastsatt konkrete mål for de risikofaktorene som har størst betydning: alkohol, tobakk, fysisk inaktivitet og usunt kosthold. Utviklingen i Norge ser ut til å være positiv for de fleste målene, unntatt for fedme og diabetes der det ikke har lyktes å stanse økningen.

FNs 17 globale mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030 (bærekraftsmålene) ligger til grunn for nasjonal og internasjonal politikktutvikling. Med disse målene er det vedtatt et nytt rammeverk for utvikling og samarbeid om verdens utfordringer. Innsatsen for helse, livskvalitet og sosial utjevning er sentral. Bærekraftsmål 3 om helse innebærer å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder.

Regjeringen la i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga fram en ny nasjonal tobakksstrategi. Strategien skal bidra til oppfyllelse av NCD-målet om 30 pst. reduksjon i tobakksbruk fram mot 2025 og bærekraftsmålene om å redusere NCD-dødsfall med en tredjedel fram mot 2030 og å styrke gjennomføringen av tobakkskonvensjonen i alle land. De overordnede målene for

tobakksstrategien er å oppnå en tobakksfri ungdomsgenerasjon og å hjelpe flere voksne røykere til å slutte. Regjeringen er opptatt av at dette skal gjøres på en måte som ikke begrenser folks handlingsfrihet, jf. omtale av nytt prosjekt for røykeslutt nedenfor. Strategien inneholder en rekke ulike tiltak som skal vurderes nærmere i strategiperioden og som legger rammene for det videre tobakksforebyggende arbeidet.

Ny handlingsplan for fysisk aktivitet legges fram høsten 2019 med tiltak for perioden 2020–2030. Overordnede mål, strategier og innsatsområder i handlingsplanen er omtalt i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga. Handlingsplanen skal bidra til å gjøre fysisk aktivitet til et naturlig valg for alle – uavhengig av alder, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn ved å skape et mer alders- og aktivitetsvennlig samfunn. Planen er utarbeidet etter en bred innspills- og involveringsprosess, og i nært samarbeid med berørte departementer.

Trygg mat og trygt drikkevann er en forutsetning for god folkehelse. Hovedmålene på det matpolitiske området er omtalt i Prop. 1 S (2019–2020) for Landbruks- og matdepartementet. Det faglige ansvaret på mattrygghetsområdet og styringen av Mattilsynet er delt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet.

Smittevern og infeksjonsforebygging er én av fem pilarer i WHO's globale handlingsplan mot antibiotikaresistens. Arbeidet mot antibiotikaresistens og for et bedre smittevern er viktige satsingsområder for regjeringen som vil lansere en Handlingsplan for et bedre smittevern (2019–2023).

Regjeringens overordnede visjon for legemiddelpolitikken, om at den skal bidra til bedre folkehelse, ligger fast. Dette gjenspeiles i målene for legemiddelpolitikken. Riktig legemiddelbruk innebærer best mulig effekt, færrest mulig bivirkninger og at pasienten mestrer livet med behandling på en god måte.

Kap. 710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2020
		2018	Saldert budsjett 2019	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	379 782	336 375	303 925
	Sum kap. 0710	379 782	336 375	303 925

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 44 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av nye vaksineavtaler.

Folkehelseinstituttet er en sentral faginstans for kommunene og helsestasjonene i forbindelse med vaksinasjon. Folkehelseinstituttet er pålagt å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap, mens det er kommunene som skal tilby vaksinasjonsprogram. Instituttet sørger for innkjøp, lagring og distribusjon av vaksiner til nasjonalt vaksinasjonsprogram. Innkjøp av vaksiner gjennomføres etter utlyst anbud i EØS-området. Folkehelseinstituttet gir faglige retningslinjer for gjennomføring av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet herunder målgrupper, hyppighet, og den tekniske sammensetningen av vaksinene.

Av smittevernloven følger det at Helse- og omsorgsdepartementet skal fastsette et nasjonalt program for vaksiner mot smittsomme sykdommer. Revidert smittevernlov ble vedtatt av Stortinget og trådte i kraft 1. juli 2019. Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet består av barnevaksinasjoner og influensavaksinasjoner. Barnevaksinasjonsprogrammet skal etter forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 4, tilbys alle barn i førskole- og grunnskolealder og gjennomføres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forskriften lister opp vaksinene som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet. Influensavaksinasjonsprogrammet gjelder vaksine mot sesonginfluensa som årlig skal tilbys alle personer med økt risiko for

komplikasjoner ved sesonginfluensa. Videre tilbys vaksine mot pandemisk influensa etter retningslinjer fra Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse om vaksiner og om forebygging av smittsomme sykdommer. Folkehelseinstituttet skal åpent formidle kunnskap og innsikt i relaterte tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås å redusere bevilgningen med 44 mill. kroner knyttet til mindreutgifter som følge av nye vaksineavtaler.

Bevilgningen dekker innkjøp av vaksiner til barnevaksinasjonsprogrammet, vaksiner mot sesonginfluensa og beredskapsavtale for vaksine mot pandemisk influensa. Anskaffelsene omfatter også etablering av beredskapslager for programvaksinene samt beredskapslager av vaksiner for gjennomføring av smitteverntiltak som ikke dekkes gjennom vaksinasjonsprogrammene.

Helse- og omsorgsdepartementet har bestillingsfullmakt til å foreta bestillinger knyttet til vaksiner utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger vedtatt ramme. Gjennom etatsstyringen delegeres fullmakten til Folkehelseinstituttet. Bestillingsfullmakten på 580 mill. kroner foreslås videreført til 2020.

Kap. 3710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
03	Vaksinesalg	154 476	96 065	95 585
	Sum kap. 3710	154 476	96 065	95 585

Post 03 Vaksinesalg

Bevilgningen dekker bl.a. anskaffelse av:

- vaksine mot sesonginfluensa og sykdom forårsaket av pneumokokkinfeksjon til kommunene

- vaksiner dekket av folketrygden etter blåreseptforskriften § 4
- beredskapslager av vaksiner mot sjeldne sykdommer
- reisevaksiner

Kap. 712 Bioteknologirådet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	9 436	9 762	14 944
	Sum kap. 0712	9 436	9 762	14 944

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til flytting av Bioteknologirådet til Bergen.

Bioteknologirådet er et frittstående, rådgivende organ oppnevnt av regjeringen, hjemlet i genteknologiloven og bioteknologiloven. Bioteknologirådet er høringsinstans for norske myndigheter, skal bidra med informasjon til publikum og forvaltningen, og fremme debatt om de etiske og samfunnsmessige konsekvensene for bruk av bioteknologi. Rådet er også høringsinstans for søknader om godkjenning av genmodifiserte dyr og planter. Bioteknologirådet blir oppnevnt for fire år av gangen med 15 medlemmer og 5 varamedlem-

mer. Bioteknologirådet arrangerer åpne debattmøter og driver utstrakt informasjons- og undervisningsaktivitet. Nytt Bioteknologiråd ble utnevnt fra 15. april 2019.

Bioteknologirådet hadde 7 årsverk i 2018. Regjeringen har besluttet at Bioteknologirådets ansatte senest innen 31. desember 2020 skal flyttes til Bergen.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Det foreslås å styrke bevilgningen med 5 mill. kroner i 2020 knyttet til ekstrautgifter i forbindelse med flytting av sekretariatet til Bergen.

Kap. 714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	146 020	150 098	142 324
60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	86 600	93 013	94 813
70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	122 935	130 477	133 966
74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	20 335	20 568	20 565
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	63 296	49 485	65 146
	Sum kap. 0714	439 186	443 641	456 814

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 11,3 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til mobilisering mot ensomhet
- 5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til tilskudd til et program for teknologiutvikling i vannbransjen
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til et treårig røykesluttprosjekt rettet mot storrøykere
- 6,5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til flytting av finansiering av varige oppgaver til kap. 740
- 2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til flytting av finansiering av varige oppgaver til kap. 745

Formålet med bevilgningen er å styrke det generelle folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helse-trusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Viktige innsatsområder er å ha oversikt over utviklingen i helsetilstanden og forhold som påvirker denne, legge til rette for at andre sektorer som har virkemidler ivaretar sitt ansvar for å fremme befolkningens helse og livskvalitet samt å legge til rette for å gjøre sunne valg enkle. Videre er det en sentral oppgave å arbeide for en samfunnsutvikling som fremmer deltakelse og sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring. Regjeringens mål om å inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet er også et viktig innsatsområde.

Anmodningsvedtak

Program for teknologiutvikling i vannbransjen

Vedtak nr. 1010, 20. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til en norsk modell for et program for teknologiutvikling i vannbransjen, som et spleiselag mellom staten, kommunene og leverandørindustrien.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:83 S (2016–2017), jf. Innst. 480 S (2016–2017).

Vedtaket er omtalt i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga Gode liv i eit trygt samfunn og følges opp av regjeringens forslag om 5 mill. kroner i tilskudd til et program i inntil 5 år betin-

get av minst tilsvarende bidrag fra kommunene og fra leverandørindustrien. Se nærmere omtale under kap. 714 Folkehelse, post 21 Spesielle driftsutgifter.

Folkehelseinstituttet – regler for skjenkebevilling

Vedtak nr. 47, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen – i påvente av Folkehelseinstituttets evaluering av de normerte reglene for inndragning av skjenkebevilling – om ikke å gjøre endringer i prikkssystemet, men sørge for at evalueringen, om mulig, framskyndes.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:216 S (2017–2018) Representantforslag om at maksimalt antall prikker for inndragning av bevilling skal være åtte, ikke tolv, jf. Innst. 40 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp ved at Folkehelseinstituttet er i gang med evalueringen. Regjeringen vil ikke gjøre inngripende endringer i prikkssystemet før evalueringen foreligger.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker spesielle driftsutgifter på folkehelseområdet og oppgaver finansiert av gebyrer og avgifter, jf. kap. 3714, post 04. Ut over gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I, foreslås bevilgningen redusert med 0,5 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak.

Det foreslås å flytte:

- 2 mill. kroner til kap. 745, post 01 knyttet til varige oppgaver på smittevernområdet som utføres av Folkehelseinstituttet.
- 6,5 mill. kroner til kap. 740, post 01 knyttet til varige oppgaver på levevaneområdet som utføres av Helsedirektoratet.
- 3 mill. kroner til kap. 714, post 79 for å inngå i en søknadsbasert ordning som skal sikre at det utvikles og iverksettes effektive tiltak for å forebygge og redusere ensomhet og bidra til bedre helse og livskvalitet i befolkningen, jf. nærmere omtale der.

Prosjekt for røykeslutt

Det foreslås 5 mill. kroner med halvårsvirkning i 2020 til et treårig røykesluttprosjekt rettet mot storrøykere. Prosjektet er omtalt i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga som del av regjeringens nye tobakksstrategi. Prosjektet er basert på erfaringer fra Danmark, som i 2014 eta-

blerte et røykesluttprosjekt rettet mot storryk- kere. Rundt 47 pst. av deltakerne var røykfrie etter seks måneder, noe som er et svært godt resultat. Prosjektet kombinerte veiledning med gratis legemidler i tolv uker, informasjonskam- panje om tilbudet og aktiv rekruttering av storry- kere gjennom samarbeid mellom kommunale røy- kesluttveiledere, fastleger og spesialisthelsetje- nesten. Evalueringen har pekt på gratis legemid- ler som den viktigste suksessfaktoren. Helsedi- rektoratet har utredet hvordan et lignende prosjekt kan gjennomføres i Norge. Legemidler til røykeslutt subsidieres de første fire ukene. Utover denne perioden vil deltakerne selv finansiere kuren, da de vil få reduserte utgifter knyttet til røyking. Prosjektet vil omfatte et samarbeid mel- lom frisklivssentraler, sykehus, fastleger mv.

Program for folkehelsearbeid i kommunene (folkehelseprogrammet)

Helsedirektoratet er ansvarlig for implementerin- gen av folkehelseprogrammet, og har i samarbeid med KS og Folkehelseinstituttet utviklet en struk- tur for kompetansestøtte til fylker, kommuner og andre aktuelle aktører.

Det foreslås 3 mill. kroner til kompetanse- støtte i regi av Helsedirektoratet i samarbeid med Frivillighet Norge, Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner og Ungdom og fritid.

Det foreslås 1,5 mill. kroner til Ungdata junior i regi av OsloMet. Ungdata junior er en utvidelse av Ungdata hvor elever på femte til sjuende trinn inkluderes. I underkant av 25 000 barn har svart på Ungdata junior i 2019. Det foreslås i tillegg 0,5 mill. kroner til de regionale kompetansese- ntrene for rusmiddelspørsmål som bistår Oslomet med gjennomføring av Ungdata-undersøkelsene. Ungdata-undersøkelsen er nærmere omtalt nedenfor. Midlene skal gå til å gjennomføre Ung- data junior i utvalgte kommuner i 2020.

Det foreslås 1 mill. kroner til Folkehelseinsti- tuttet til kunnskapsstøtte og evaluering av pro- gram for folkehelsearbeid i kommunene.

Tilskuddsordningen til fylkeskommunene er nærmere omtalt under post 60.

Aldersvennlig Norge

Det foreslås 5 mill. kroner til Nasjonalt program for et aldersvennlig Norge, til sammen 10 mill. kroner, jf. omtale under kap. 761, post 21. Regje- ringen vil skape et aldersvennlig Norge slik at eldre kan delta og bruke sine evner i samfunnet, jf. Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet. Nasjo-

nalt program for et aldersvennlig Norge er en av fem hovedområder i meldingen, og vil konkreti- sere Flere år – flere muligheter, regjeringens stra- tegi for et aldersvennlig samfunn (2016). Gjennom å involvere eldre selv, organisasjoner og virksom- heter skal det samarbeides om å utvikle mer aldersvennlige løsninger. En viktig oppgave i pro- grammet er etablering av nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner. Som del av program- met vil KS etablere og drifte nettverket for alders- vennlige kommuner i to år. Regjeringen har også etablert Rådet for et aldersvennlig Norge som ledes av Trude Drevland. Formålet er å være en pådriver og forankre arbeidet i sentrale organisa- sjoner og gi retning til gjennomføring av Program for et aldersvennlig Norge.

Helsedirektoratet har sekretariatsansvaret og arbeidet vil i løpet av 2020 bli organisert som Sen- ter for et aldersvennlig Norge. Senteret vil bli sam- lokalisert med det nye Eldreombudet, jf. kap. 708, post 01.

Det foreslås 2 mill. kroner til å følge opp Flere år – flere muligheter, regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (2016). Helsedirektoratet skal få frem kunnskaps- og metodeutvikling, bla. er det utarbeidet en håndbok for aldersvennlig stedsutvikling og det er gjennomført en under- søkelse om livskvalitet og deltakelse blant pensjo- nister. I 2020 vil direktoratet etablere pilotprosjek- ter i noen kommuner med store aldersutfordrin- ger og videreføre arbeidet med å utvikle bedre medvirkningsmetoder.

Kommunikasjon om levevaner og helse

Det foreslås 27,7 mill. kroner til kommunikasjon om levevaner og helse.

Helsedirektoratet arbeider for å øke befolkning- ens kunnskap om sammenheng mellom leveva- ner og fysisk og psykisk helse, om forebyggende tiltak og legge til rette for å ta helsevennlige valg. Arbeidet med kommunikasjon om betydningen av fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol for fysisk og psykisk helse gjennomføres i tråd med Helsedirektoratets helhetlige kommunikasjons- strategi og andre føringer, herunder intensjonsav- talen med matvarebransjen. Se for øvrig kap. 740, post 01.

Kostholdstiltak

Det foreslås 7 mill. kroner til kostholdstiltak rela- tert til Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Et sentralt tiltak i handlingsplanen er det forpliktende samarbeidet mellom Helse- og

omsorgsdepartementet og matvarebransjen gjennom en intensjonsavtale. Avtalen inneholder konkrete målsetninger for reduksjon av salt, mettet fett og sukker, samt mål for å øke inntak av frukt, bær, grove kornvarer og fisk. Helsemyndighetene har et særskilt ansvar for kommunikasjon og monitorering. I 2018 ble en #MerAv-kampanje gjennomført med fokus på økt inntak av frukt og bær, grønnsaker, grove kornprodukter og sjømat i befolkningen. Helsedirektoratet skal også i 2020 understøtte arbeidet knyttet til intensjonsavtalen gjennom sitt kommunikasjonsarbeid.

For å følge måloppnåelsen i avtalen blir ny metode for SSBs forbruksundersøkelser fulgt opp. Arbeidet med å få oversikt over omfanget av grensehandel av matvarer skal fortsette. En rekke aktører fra serveringsbransjen har undertegnet avtalen etter at det ble åpnet for dette i 2018. Totalt er om lag 100 aktører tilknyttet intensjonsavtalen. Saltpartnerskapet er forlenget ut 2021. Evaluering av saltreduksjonsarbeidet viser at årlig fokus har økt folks bevissthet om salt. Mål for saltreduksjon i 2018 er nådd i om lag 40 pst. av matvaregruppene. Intensjonsavtalen skal midtveisvalue-res innen utgangen av 2019.

Barn og unge er en prioritert målgruppe i handlingsplanen. Første fase for etablering av Matjungelen, et aktivitetsopplegg om mat, helse og miljø for barn på SFO/AKS ble gjennomført i 2017/2018. Den sosiale entreprenøren Folkelig har fått oppdraget fra Helsedirektoratet om å videreutvikle Matjungelen. Høsten 2018 startet arbeidet med utrulling av prosjektet til 58 SFO i Hordaland. Gjensidigestiftelsen bidrar med finansiering, noe som sikrer at Matjungelen kan tilbys til hele landet. Opplegget skal tilpasses til barnehage i samarbeid med Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet. Se også kap. 740, post 01 om arbeid med implementering av nasjonale faglige retningslinjer for mat og måltid i skole og SFO, og mat og måltid i barnehagen.

Kosthåndboka er et verktøy for å sikre god kvalitet på ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Den er også sentral i arbeidet med ernæring i kvalitetsreformen for eldre – Leve hele livet. Kosthåndboka skal revideres for å følge opp nye nasjonale faglige retningslinjer på området.

Nasjonale mål for vann og helse

Det foreslås 1 mill. kroner til arbeidet med å nå nasjonale mål for vann og helse. Målene som ble fastsatt av regjeringen i 2014 skal videreføres i samsvar med departementets gjennomføringsplan sist oppdatert høsten 2017. Gjennomføringspla-

nen vil bli evaluert, oppdatert og fastsatt på nytt i 2020. Målene er fastsatt i samsvar med Verdens helseorganisasjon/UNECEs Protokoll for vann og helse og bidrar til gjennomføring av FNs bærekraftsmål seks om rent vann og gode sanitærforhold. Et flerårig arbeid i regi av Folkehelseinstituttet for å kartlegge sykdomsbyrden knyttet til norsk drikkevannsforsyning forventes avsluttet og lagt fram i 2020.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål

Det foreslås 38,7 mill. kroner til det rusmiddelforebyggende arbeidet i regi av de sju regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korus). De regionale kompetansesentrene støtter kommunene i deres systematiske arbeid innenfor folkehelse generelt og rusmiddelforebygging spesielt. I 2018 og 2019 har de regionale kompetansesentrene blant annet bidratt i gjennomføringen av Ungdata-undersøkelsene i kommunene og i arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering. Dette arbeidet skal videreføres i 2020, og et viktig mål er å styrke praksisfeltet ved å formidle og implementere kunnskapsbaserte strategier. Se kap. 765, post 74 for øvrig bevilgningsforslag og nærmere omtale av virksomheten i de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.

Ungdata

Det foreslås 4,1 mill. kroner til OsloMet til drift av Ungdata. I perioden 2010–2019 har om lag 575 000 ungdommer deltatt i undersøkelsene. I 2019 ble Ungdata gjennomført i 158 kommuner, 149 ungdomsskoler, 89 videregående skoler og 20 juniorundersøkelser. Det er gjennomført 6 fylkesundersøkelser i 2019: Østfold (videregående), Akershus (videregående), Aust-Agder (ungdomsskole og videregående), Vest-Agder (ungdomsskole og videregående), Rogaland (ungdomsskole og videregående 1-2) og Nordland (videregående). De årlige Ungdata-tallene er et viktig bidrag i beslutningsgrunnlaget for nasjonale, regionale og kommunale myndigheter i folkehelsearbeidet.

Andre tiltak

Det foreslås:

- 9,4 mill. kroner til rusmiddelforebyggende arbeid til videreutvikling av innsatsen i det rusmiddelforebyggende arbeidet, bl.a. til oppfølging av ansvarlig alkoholhåndtering, rusmiddelforebygging i arbeidsliv og blant unge

voksne og tidlig innsats. Midlene er knyttet til Helsedirektoratets øvrige arbeid på folkehelseområdet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

- 2,4 mill. kroner til bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige skjenkebevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-3 første ledd nr. 1 og 2, jf. også kap. 3714, post 04.
- 3,6 mill. kroner til Nubu (Nasjonalt utviklings-senter for barn og unge) for utvikling av tverrfaglig kunnskap og kompetanse i arbeidet med barn og unge. Målet er å redusere barn og unges problematferd og styrke deres psykososiale utvikling og sosiale kompetanse. I 2018 har Nubu bl.a. arbeidet med tidlig innsats for barn i risiko (Tibir), og implementering i barne- og familievernet og i psykisk helsevern for barn og unge, slik at Tibir nå er tilgjengelig i hele landet.
- 5,8 mill. kroner til arbeid med psykisk helse, livskvalitet, smittevern og miljø og helse. Midlene er knyttet til Helsedirektoratets øvrige arbeid på folkehelseområdet, jf. omtale under kap. 740, post 01.
- 0,5 mill. kroner til Frivillighet Norge for drift av Møteplass for folkehelse. Formålet er å styrke samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og myndigheter.
- 2 mill. kroner til helseundersøkelser i regi av Folkehelseinstituttet herunder Fylkeshelseundersøkelser og Barnevekststudien.
- 0,53 mill. kroner til Folkehelseinstituttets arbeid med å kartlegge omfang og helsefaglige konsekvenser forbundet med søskenbarnektenskap.
- 1 mill. kroner til å utrede muligheten for en felles mal for nettsted/webportal til bruk for kommuner med sikte på god oversikt over mangfoldet av lokale aktivitetstilbud.

Post 60 Kommunale tiltak

Bevilgningen dekker støtte til lokalt folkehelsearbeid, bl.a. gjennom kommunalt utviklingsarbeid og implementering av program for folkehelsearbeid i kommunene.

Ut over gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I, foreslås det å flytte 3,2 mill. kroner til kap. 572 Rammetilskudd til fylkeskommuner, post 60 Innbyggertilskudd under Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, knyttet til tilskuddsordningen til tverrfaglig innsats på rusfeltet. Det er i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 6 (2018–2019) Oppgaver til nye regioner besluttet at midlene overføres til ramme-

tilskuddet til fylkeskommunene. Målet med ordningen er å bidra til at kommunene etablerer en struktur for tverrfaglig samhandling som er tilpasset lokale forhold og tjenester. Fylkeskommunene kan fra 2020 bidra til tverrfaglig samhandling på rusfeltet dersom de ser behov for det.

Program for teknologiutvikling i vannbransjen

Det foreslås 5 mill. kroner i tilskudd til et program for teknologiutvikling i vannbransjen i inntil fem år, betinget av minst tilsvarende bidrag fra kommunene og fra leverandørindustrien. Målet med et program for teknologiutvikling i vannbransjen er å oppnå helsemessig tryggere vannforsyning og større leveringssikkerhet av drikkevann på en kostnadseffektiv og bærekraftig måte. Stortinget fattet 20. juni 2017 vedtak om å be regjeringen fremme forslag til en norsk modell for et program for teknologiutvikling i vannbransjen, som et spleiselag mellom staten, kommunene og leverandørindustrien. Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag å utrede en modell for et program for teknologiutvikling i vannbransjen i samarbeid med Mattilsynet, Miljødirektoratet og relevante bransjeorganisasjoner.

Det er kommunene som har ansvaret for å tilby innbyggerne tilfredsstillende vann- og avløpstjenester. Følgelig er det kommunene selv som må ta initiativer som sikrer nødvendig teknologiutvikling. Selv om staten ikke har det primære ansvaret, vil et statlig tilskudd over fem år kunne bidra til utvikling av nye bærekraftige teknologiske løsninger med sikte på en raskere og mer kostnadseffektiv rehabilitering av gammelt ledningsnett. Den nærmere innretningen av et program for teknologiutvikling i vannbransjen vil bli drøftet med KS, Norsk Vann, leverandørindustrien og Huseiernes Landsforbund og avhenger av at kommunene og leverandørindustrien viser vilje til å inngå i et spleiselag. Avhengig av endelig utforming av programmet, kan det bli nødvendig å komme tilbake til saken i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i 2020.

Program for folkehelsearbeid i kommunene (folkehelseprogrammet)

Folkehelseprogrammet ble opprettet i 2017 i samarbeid med KS. Programmet består av en tilskuddsordning og et system for kunnskapsstøtte og evaluering, jf. omtale under post 21. Det foreslås 77 mill. kroner til tilskuddsordningen «Til-taksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene».

Folkehelseprogrammet fremmer lokalt rusforebyggende arbeid og bidrar til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge er en prioritert målgruppe. Hensikten er å styrke psykisk helse og rusforebygging som del av kommunenes folkehelsearbeid og å heve kommunenes kompetanse på utvikling, implementering og evaluering av kunnskapsbaserte folkehelse tiltak. Sintef evaluerer folkehelseprogrammet, og foreløpige funn viser at samarbeidsorganene, som er etablert i hvert fylke, i stor grad fungerer etter intensjonen og at disse er en viktig suksessfaktor. Programmet er fortsatt i en tidlig fase, og det er for tidlig å vurdere måloppnåelsen. Nettsiden forebygging.no/handling gir en oppdatert oversikt over tiltak og evalueringsopplegg. Oversikten vil bidra til kunnskapsoverføring mellom kommunene. Så langt er det igangsatt om lag 75 prosjekter, og det forventes en rekke nye tiltak i de fylkene som fikk tilskudd i 2019. Tiltakene handler blant annet om utjevning av sosiale helseforskjeller, foreldrekompetanse, økt trivsel i barnehagen, bedre samarbeid rundt barn og unge, mestring og god psykisk helse i skolen, økt deltakelse og aktivitet for barn og unge og etablering av gode møteplasser.

Det er besluttet at tilskuddsmidlene i folkehelseprogrammet innlemmes i rammetilskuddet til fylkeskommunene etter programperioden, jf. Meld. St. 6 (2018–2019) Oppgaver til nye regioner.

I tillegg vil Vestfold og Telemark prøve ut hvordan det forebyggende arbeidet mot vold og overgrep kan utvikles innenfor rammen av folkehelseprogrammet, jf. kap. 765, post 75. Det er foreslått 3 mill. kroner til dette som kommer i tillegg til tilskuddsordningen «Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene».

Andre tiltak

Det foreslås 7,4 mill. kroner i tilskudd til Rustelefonen som drives av Oslo kommune. Rustelefonen informerer og veileder om rusproblematikk og hjelpetiltak, også via chat, nettsider med anonym spørretjeneste og ved hjelp av appene Drikkevett og Hap. I tillegg svarer Rustelefonens fagkonsulenter på rusrelaterte spørsmål på Ung.no og utfører annen utadrettet virksomhet. Rustelefonen har lyktes godt med strategi, løsning, ressursbruk, budskap og kanalvalg for sine markedsføringsaktiviteter, med gode resultater overfor ungdom som målgruppe.

Det foreslås 4,5 mill. kroner til bidrag på folkehelsefeltet, herunder i den tiårige områdesatsin-

gen i Groruddalen som startet i 2017. Formålet med midlene er å styrke arbeid for mer helsefremmende og sosialt bærekraftige lokalmiljøer i utsatte områder. Satsingen omtales i sin helhet i Prop. 1 S (2019–2020) Kommunal- og moderniseringsdepartementet, jf. Programkategori 13.90.

Det foreslås 0,8 mill. kroner i tilskudd til nettverket av Sunne kommuner.

Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til rusmiddelforebyggende innsats. Det foreslås ingen endringer ut over gjennomgående budsjetttiltak som omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering.

Det foreslås 44,1 mill. kroner til tilskuddsordningen for frivillig rusmiddelforebyggende og spillavhengighetsforebyggende innsats. Tilskuddsordningen skal gjennom støtte til forebyggende tiltak og rusmiddelpolitisk påvirkningsarbeid bygge opp under frivillig sektors rusmiddel- og spillavhengighetsforebyggende innsats. Det gis støtte til tiltak som retter seg mot befolkningen generelt, barn og unge og utsatte grupper, jf. forskrift om tilskudd til frivillig rusmiddelforebyggende og spillavhengighetsforebyggende innsats. Tilskuddsordningen ble forskriftsfestet fra 1. februar 2019. Rapporteringsfristen er fra 2020 endret til 1.mars. I forbindelse med endringene har Helsedirektoratet tydeliggjort rapporteringskravene.

Det foreslås 22,3 mill. kroner til tilskuddsordningen for drift av frivillige rusmiddelpolitiske organisasjoner. Målet med tilskuddsordningen er å stimulere til frivillig, ruspolitisk engasjement og aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå, og å redusere forbruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler. Helsedirektoratet vurderer det som krevende å måle brukereffekter eller samfunns effekter av tilskuddsordningen. Helsedirektoratet vil i 2020 evaluere tilskuddsordningen og foreslå kriterier som i større grad gjør det mulig å vurdere måloppnåelse og forenkle rapporteringen fra tilskuddsmottakerne.

Det foreslås 5,2 mill. kroner til tilskuddsordningen studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk, jf. nærmere omtale under kap. 765, post 73.

Det foreslås 19,9 mill. kroner til kampanjeorganisasjonen Av-og-til. Av-og-til jobber for å gjøre befolkningen mer bevisst og bidra til et reflektert forhold til inntak av alkohol. Arbeidet baserer seg på en bred kampanjemodell og en forebyggingsmetode som tar utgangspunkt i anbefalinger fra WHO, der de sentrale virkemidlene er samarbeid og lokal iverksetting, kompetanse og kom-

munikasjon. Av-og-til samarbeider med et bredt nettverk av medlemsorganisasjoner, etater, kommuner og frivillige organisasjoner, og hadde i 2018 49 medlemsorganisasjoner og avtaler med 54 kommuner.

Det foreslås 17,9 mill. kroner til Akan kompetansesenter. Akan kompetansesenter har som formål å forebygge rus- og avhengighetsproblemer i arbeidslivet. Akan kompetansesenter gir råd, veiledning og opplæring i hvordan virksomheter kan arbeide med problemstillinger knyttet til arbeidsrelatert rusmiddelbruk og pengespill. Akan samarbeider med myndighetene, arbeidslivsorganisasjonene, offentlige og private virksomheter og ideelle og frivillige organisasjoner, og har gjennom sine verktøy og veiledningstilbud både oversikt over feltet og kunnskap og kompetanse om innsatsområder og behov. Helsedirektoratet bidrar i oppfølgingen av evalueringen av Akan, og vil blant annet bidra i arbeidet med revidering av vedtektene.

Det foreslås 15,5 mill. kroner til Actis. Actis er et samarbeidsorgan for frivillige organisasjoner på rusfeltet og en samfunnspåvirker innenfor ruspolitikk. Actis representerer 33 organisasjoner, og arbeider for reduserte narkotika-, spill- og alkoholproblemer. Actis har i 2018 arbeidet bredt, blant annet med påvirkningsarbeid, rusmiddelpolitiske innspill, rapporter og internasjonalt arbeid.

Det foreslås 8,1 mill. kroner til Antidoping Norges arbeid mot doping som samfunnsproblem. Antidoping Norge har i 2018 videreført innsatsen overfor kommuner og fylkeskommuner, helsetjenesten, politiet, elever i videregående skole og treningssenterbransjen. Antidoping Norge har også samarbeidet med Kriminalomsorgen, og har blant annet testet ut et nyutviklet forebyggende program for innsatte som består av relasjonsbygging, informasjonsarbeid og teoretisk og praktisk opplæring i styrketrening. Resultater fra programmet er positive, og Antidoping Norge er i dialog med Kriminalomsorgen om å utvide til flere fengsler i 2019.

Det foreslås 1 mill. kroner til organisasjonen Juventes rusforebygging blant unge.

Post 74 Skolefrukt mv.

Bevilgningen dekker tiltak som skal stimulere til gode kost- og måltidsvaner generelt og økt inntak av frukt og grønnsaker spesielt hos barn og unge, herunder abonnementsordningen Skolefrukt. Det foreslås ingen endringer ut over gjennomgående budsjetttiltak som omtalt i del I.

Det foreslås 20,5 mill. kroner til skolefrukt mv. Tiltakene er rettet mot skoleeier, foreldre og

elever. Abonnementsordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønt på oppdrag fra Helsedirektoratet. Den består av et statlig tilskudd på for tiden kr 1,50 per frukt/grønt, med en egenandel på kr. 3,20 per frukt/grønt. Ordningen kan enten være foreldrebetalt eller ved at skolen oppretter felles bestilling som blir betalt av kommune, skole, FAU eller andre. Ordningen innebærer videre et sentralt administrasjons/bestillingssystem som skal forenkle arbeidet for skoleeier, skole og foresatte.

Våren 2019 omfattes om lag 70 000 elever av ordningen. Det tilsvarer om lag 11 pst. av elever i grunnskolen. Av disse er det om lag 36 000 som får gratis frukt betalt av skole eller skoleeier. Andel skoler som deltar er 37 pst. Det er flest barneskoler.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid. Ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering foreslås det å flytte 3 mill. kroner fra kap. 714, post 21, jf. nærmere omtale under.

Mobilisering mot ensomhet

Bevilgningen foreslås økt med 11,3 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet, med en samlet bevilgning på 18,3 mill. kroner i 2020, hvorav 3 mill. kroner flyttes fra kap. 714, post 21 og 4 mill. kroner omprioriteres innenfor posten fra tidligere øremerkede tilskudd (Seniordans og Gågrupper i regi av Den norske turistforening/Røde Kors).

Formålet med ordningen er å sikre at det utvikles og iverksettes effektive tiltak for å forebygge og redusere ensomhet og bidra til bedre helse og livskvalitet i befolkningen. Målgruppen er frivillige og ideelle organisasjoner og private aktører som sammen eller hver for seg kan iverksette tiltak for å forebygge og redusere ensomhet blant unge og eldre. Det forutsettes at tiltakene utvikles og gjennomføres i samarbeid med kommunene og at tiltakene evalueres. Det foreslås at tilskuddsordningen gjennomføres innenfor en periode på seks år. Videre foreslås det at det innenfor rammen av tilskuddsordningen gjennomføres en evaluering for å sikre at ordningen bidrar til å forebygge og redusere ensomhet. På bakgrunn av evalueringen vil ev. videreføring bli vurdert. Tilskuddsordningen foreslås forvaltet av Helsedirektoratet.

Psykisk helse i skolen

Det foreslås 22,8 mill. kroner til tilskuddsordningen Psykisk helse i skolen. Formålet med ordningen foreslås til følgende, jf. Prop. 114 S (2018–2019) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2019 og Innst. 391 (2018–2019):

- styrke læring, helse og trivsel til de elever i skolen som har psykiske vansker eller lidelser
- videreføre og styrke skolens systematiske arbeid for å skape et læringsmiljø som fremmer alle elevenes psykiske helse
- bidra til at elever er bedre i stand til å ivareta egen psykiske helse og ha kunnskap om hva de kan gjøre dersom de selv eller venner/nære opplever psykiske vansker
- heve kunnskap og kompetanse om psykisk helse blant lærere og andre aktører i skolen
- styrke samarbeid mellom viktige instanser for elevenes læringsmiljø og psykiske helse
- gi psykologistudenter erfaring med forebyggende arbeid

I 2018 gikk tilskuddet til Voksne for barn (Drømmeskolen og Zippys venner), Stiftelsen Psykiatrisk opplysning (Alle har en psykisk helse og Hva er det med Monica), Høgskulen i Sogn og Fjordane (Klapp), Forandringsfabrikken (Trygg og nyttig skole), Organisasjonen Mot (Mot i ungdomsskole og videregående), Uni Research (Olweus-programmet), Fri (Rosa kompetanse skole), Trygg læring (Trygg læring), Mental helse (Venn1), Vestre Viken HF (Vip) og Fagakademiet (Tankekraft, livsmestring og tankegyms).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for en ekstern forskningsbasert evaluering av til-

skuddsordningen for å sikre kunnskap om i hvilken grad kommuner og skoler benytter programmene i tilskuddsordningen, og i hvilken grad programmene inngår i kommunenes systematiske og helhetlige arbeid for barn og unges psykiske helse. Evalueringen vil foreligge i løpet av 2019. Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av evalueringsrapporten vurdere videre oppfølging.

Andre tiltak

Det foreslås å videreføre følgende øremerkede tilskudd:

- 6 mill. kroner til Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet til drift av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
- 6 mill. kroner til Norges Arktiske Universitet til drift av Tromsøundersøkelsen
- 3,7 mill. kroner i driftstilskudd til Norges astma- og allergiforbund, bl.a. til drift av Pollenvarslingen
- 1,5 mill. kroner i driftstilskudd til Ammehjelpen for å fremme amming og hjelpe mødre som trenger mer kunnskap om amming
- 1 mill. kroner i driftsstøtte til Norges sjømatråd til det nasjonale kostholdsprogrammet Fiskeprell. Programmet har startet arbeidet med evaluering som bl.a. vil se på effekt over tid
- 2 mill. kroner til å videreføre og forsterke samarbeid med frivillige og privat sektor i arbeidet med skadeforebygging. Tilskuddet skal dekke samarbeidsavtalen med Finans Norge om Skadeforebyggende forum (2019–2023)
- 0,5 mill. kroner i driftstilskudd til organisasjonen Mot

Kap. 3714 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
04	Gebyrinntekter	2 998	2 412	2 477
	Sum kap. 3714	2 998	2 412	2 477

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som forvaltes av Helsedirektoratet.

Bevilgningen dekker bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Bevilgningen

dekker videre gebyrer på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-3 første ledd nr. 1 og 2. Ordningene er selvfinansierte.

Kap. 717 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	10 978	11 836	11 775
70	Tilskudd	57 611	58 451	60 020
	Sum kap. 0717	68 589	70 287	71 795

Bevilgningen dekker ulike tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk, herunder fullfinansiering av Norsk legemiddelhåndbok. Videre dekker bevilgningen tiltak på området medisinsk utstyr, tilskudd til Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, apotektilskudd, fraktrefusjon av legemidler og tilskudd til henholdsvis regionale legemiddelinformasjonsentre og veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Bevilgningen nyttes til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboka. I tillegg nyttes bevilgningen blant annet til tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk og arbeid med tilsyn og tiltak på området medisinsk utstyr.

Informasjon om legemidler til barn i norsk helse-tjeneste

Vedtak nr. 341, 19. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen sikre en løsning som bidrar til at norsk helsetjeneste får en allmenn og nasjonal tilgang til solid, trygg og kvalitetssikret informasjon om alle legemidler som er i rutinemessig bruk til barn.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Norsk legemiddelhåndbok i 2018 fikk i oppdrag å starte arbeidet med å tilrettelegge for et norsk oppslagsverk med informasjon om legemidler til barn. Oppslagsverket har fått navnet KOBLE (Kunnskapsbasert oppslagsverk om barn og legemidler). Det norske oppslagsverket vil sikre at helse-

tjenesten får en allmenn og nasjonal tilgang til solid, trygg og kvalitetssikret informasjon om legemidler til barn. Redaksjonsansvaret er lagt til Legemiddelhåndboken som samarbeider tett med Nettverket for legemidler til barn. Oppslagsverket skal etter planen lanseres i januar 2020.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker følgende tilskudd til ulike legemiddeltiltak:

Kompetansenettverk legemidler for barn

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at barns legemiddelbehandling skal være hensiktsmessig og trygg. Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen. Nettverket har en styringsgruppe som foruten ledelsen består av representanter fra de ulike helseregionene og en allmennlege. I tillegg har nettverket en stab for å ivareta administrative og faglige oppgaver. Det er etablert lokale legemiddelutvalg ved alle sykehus som har barneavdelinger. Legemiddelutvalgene er tverrfaglige og består av lege, sykepleier og farmasøyt.

Nettverket har fem arbeidsområder: Pasient-sikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling, vitenskapelig kompetanseutvikling og kunnskapsoppsummering og forskning på legemidler til barn. Nettverket bidrar til kvalitetssikringsarbeid i spesialist- og primærhelsetjenesten ved å støtte prosjekter faglig og økonomisk. Nettverket arrangerer også faglige seminarer.

I årene 2010–2019 har det blitt bevilget 5 mill. kroner per år til nettverket. I tillegg har det fra 2013 blitt bevilget en million kroner til sekretariatet for NorPedMed, et klinisk forskningsnettverk for legemiddelstudier på barn.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 6 mill. kroner til Haukeland Universitetssykehus til drift av kompetansenettverket i 2020.

Apotek

Ved utgangen av 2018 var det 934 apotek i Norge, en økning på 35 apotek sammenliknet med året før.

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis det støtte til samfunnsfunksjoner ved Institutt for energiteknikk i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler. I 2019 er det gitt støtte til fem vaktapotek og fem distriktsapotek. I 2018 fikk fem vaktapotek og åtte distriktsapotek støtte.

Fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen gjelder for pasienter som har lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å oppsøke apotek. 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. I forbindelse med at det er åpnet for nettapotek, er fraktrefusjonsordningen f.o.m. 2017 begrenset til visse legemidler/pasientgrupper.

Regionale legemiddelsentra

Det er fire regionale legemiddelinformasjonsentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehusene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis skal bidra til riktig legemiddelbruk gjennom gratis, produsentuavhengig informasjon til helsepersonell og publikum. Relis gir viktig informasjon ved 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 hendelsesforløp og årsakssammenheng og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler.

Trygg mammamedisin er en gratis nettbasert tjeneste for publikum hvor Relis besvarer spørsmål om bruk av legemidler ved graviditet og amming.

Siden 2015 har Relis gjennomført Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp). Kupp er den norske versjonen av undervisningsmetoden «academic detailing» (AD). I Kupp tilbys allmennleger en faglig oppdatering om et terapiområde i en-til-en møter på legens kontor. Hensikten er å gi legen en kunnskapsbasert, produsentuavhengig oppdatering på et tema som er direkte anvendbart i den kliniske hverdagen.

Relis har gjennomført Kupp i alle helseregioner i perioden 2015–2019. Tema har vært riktig bruk av NSAIDs (betennelsesdempende legemidler), antibiotika og diabetes type 2. Siden oppstarten i 2015 er det gjennomført 3500 legebesøk. Om lag 1200 fastleger mottok besøk om diabetes i 2018/19. I 2019 starter Relis en Kupp-kampanje med riktig bruk av opioider ved ikke-maligne smerter som tema. 1500 fastleger skal besøkes i løpet av 2019 og 2020. Det foreslås en videreføring av bevilgningen på 3 mill. kroner til dette arbeidet i 2020.

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsenter, 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. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
70	Legemiddeldetaljstavgift	61 288	63 000	62 685
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 930	4 900	5 700
73	Legemiddelleverandøragift	174 850	207 500	211 000
74	Tilsynsavgift		3 770	3 770
75	Sektoravgift tobakk		15 000	15 000
	Sum kap. 5572	242 068	294 170	298 155

Bevilgningen dekker sektoravgifter på legemiddelområdet og på tobakksområdet.

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

**Post 70 Legemiddeldetaljstavgift
(tidligere Legemiddelomsetningsavgift)**

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist, jf. legemiddeloven § 18. Avgiften dekker bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, Relis og tilskudd til apotek mv., jf. omtale under kap. 717, post 70, samt delfinansiering av driften ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001). Det legges til grunn en uendret avgiftssats på 0,3 pst. i 2020.

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. Det legges til grunn en uendret avgiftssats på 1,2 pst. i 2020.

**Post 73 Legemiddelleverandøragift
(tidligere Legemiddelkontrollavgift)**

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning, jf. legemiddeloven § 10 og legemiddelforskriften § 15-3 fjerde ledd. Avgiften skal finansiere myndighetenes utgifter til kvalitetskontroll, overvåking av bivirkninger, informasjon om legemidler, regulatorisk og vitenskapelig veiled-

ning, metodevurderinger, tilsyn med legemiddelreklame og fastsettelse av pris på legemidler. Avgiften skal også dekke myndighetenes utgifter ved deltakelse i vitenskapelige komiteer og faste grupper i EU/EØS-samarbeidet, kvalitetssikring og utstedelse av dokumenter knyttet til markedsføringstillatelser og markedsføring i Norge som ikke dekkes av gebyr eller oppdragsinntekt. Det legges til grunn uendret avgiftssats på 1 pst. i 2020.

Post 74 Tilsynsavgift

Dette er en årsavgift på 3,77 mill. kroner som skal dekke Legemiddelverkets kostnader til tilsynsaktiviteter med e-sigaretter, jf. omtale under kap. 746, post 01. Systemene er under utarbeidelse, og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på inntektene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i revidert nasjonalbudsjett 2020.

Post 75 Sektoravgift tobakk

Dette er en sektoravgift på 15 mill. kroner som belastes tobakksindustrien og skal dekke nytt register for bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakksvarer, tilsyn med bevillingshaverne samt nytt system for sporing- og sikkerhetsmerking av tobakksvarer, jf. Prop. 75 L (2017–2018) og omtale under kap. 740, post 01. Det forventes delvis ikrafttredelse i 2020 og delvis i 2021. Systemene er under utarbeidelse og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2020, når ordningene er ferdig utredet.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
85	Statens overskuddsandel		41 200	66 100
86	Utbytte		2	2
	Sum kap. 5631		41 202	66 102

Vinmonopolet skal innrette sin virksomhet i tråd med 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 et særlovsselskap etter lov av 19. juni 1931 om Aksjeselskapet Vinmonopolet, og har enerett til detalj salg 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 detaljmonopoler er meget effektive når det gjelder å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer. Vinmonopolet skal sikre ansvarlig salg av alkohol. I 2018 kontrollerte selskapets ansatte alder på nesten 11 pst. av kundene tilsvarende 3,7 millioner legitimasjoner. 4786 personer ble avvist på grunn av alder, 2771 personer ble avvist på grunn av beruselse og 652 personer ble avvist på grunn av langing.

Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet i hele landet. I 2018 åpnet Vinmonopolet 8 nye butikker. Ved utgangen av 2018 har selskapet totalt 331 butikker. 97 pst. av befolkningen bor i en kommune med eget Vinmonopol eller har mindre enn 30 km til nærmeste vinmonopolbutikk. Per 23. november 2018 var det 93 kommuner som hadde rettet henvendelse til Vinmonopolet og ytret ønske om å få vinmonopolutsalg.

Produktutvalget i Vinmonopolets butikker varierer fra om lag 200 produkter i de minste butikkene til over 1800 produkter i de største butikkene. Det er i overkant av 24 000 produkter tilgjengelige fra 85 land som kan bestilles gjennom Vinmonopolets nettbutikk eller kundesenter. Frakten er kostnadsfri for kunder som bor i kom-

muner uten vinmonopolbutikk, og som bor langt unna nærmeste utsalg.

Vinmonopolet solgte totalt 82 mill. liter i 2018. Dette er en økning på 1,3 mill. liter eller 1,6 pst. sammenliknet med 2017. Salget av svakvin gikk opp med 1,9 pst. til 66,9 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker gikk opp med 0,2 pst. til 11,2 mill. liter. Salget av sterkvin gikk ned med 4 pst. til 480 000 liter, mens det ble solgt 2,7 mill. liter sterkøl, en økning på 1 pst. fra 2017. Salget av alkoholfrie drikker gikk opp med 12,7 pst. til 551 000 liter.

Vinmonopolets omsetning i 2018 var 13,9 mrd. kroner eksklusiv mva., av dette var 7,2 mrd. kroner alkoholavgift. Salgsinntektene økte med 432 mill. kroner sammenliknet med 2017. Driftsresultatet for 2018 ble 151 mill. kroner, 4 mill. kroner høyere enn i 2017 og innebærer en økning på 2,7 pst. I 2018 påvirket engangshendelser som arbeid med utredningsrapport om taxfree og flytting av hovedkontor driftskostnadene.

Resultatet før skatt ble 168 mill. kroner, som er 1 mill. kroner høyere enn i 2017. Stortinget har fastsatt at 50 pst. av overskuddet etter skatt skal tilfalle staten. Dette utgjorde for 2018 65 mill. kroner som innbetales i 2019.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2018 et resultat på 6,6 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Selskapet skal videreføre arbeidet med å effektivisere driften for å bedre lønnsomheten og soliditeten uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger.

Post 85 Statens overskuddsandel

Statens andel av driftsoverskuddet i Vinmonopolet er i 2019 fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2018 før ekstraordinære poster, tilsvarende som at den for 2018 var fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2017 før ekstraordinære poster. Ved en inkurie ble overskuddsandelen som skulle vært innbetalt i

2018 først innbetalt i 2019. Andelen på 50 pst. foreslås uendret i 2020. Forslaget bygger på en vurdering av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknett, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet, og ønsket kapitalstruktur. Foreslått beløp er beregnet ut fra budsjettert resultat for 2019.

Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2018. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
732	Regionale helseforetak	147 480 323	158 794 950	167 583 303	5,5
733	Habilitering og rehabilitering	151 608	158 882	151 772	-4,5
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	204 789	208 879	235 894	12,9
737	Historiske pensjonskostnader		48 000	94 944	97,8
Sum kategori 10.30		147 836 720	159 210 711	168 065 913	5,6

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
01-23	Statens egne driftsutgifter	115 460	183 894	162 198	-11,8
70-89	Andre overføringer	147 721 260	159 026 817	167 903 715	5,6
Sum kategori 10.30		147 836 720	159 210 711	168 065 913	5,6

Vesentlige endringsforslag er omtalt under hvert budsjettkapittel.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak ansvar for utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Innovasjon og samarbeid med næringslivet er viktig for å understøtte tjenesteutvikling. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret). De fire regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de eier. Sørge for-ansvaret ivaretas gjennom den offentlige

helsetjenesten, driftsavtaler med ideelle institusjoner og kjøp av tjenester fra andre private aktører.

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken, innenfor lover og forskrifter og de økonomiske rammene som stilles til disposisjon. Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet. Departementet holder seg orientert om foretakenes virksomhet og om foretakene drives i samsvar med mål og krav gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom rapportering med påfølgende oppfølgingsmøter.

Boks 4.1 Helse Sør-Øst RHF

- Etablert i 2007
- Vil fra 1.1.2020 ha ansvar for befolkningen i Oslo, Viken, Innlandet, Vestfold og Telemark og Agder (om lag 3 mill. innbyggere)
- Består av 11 helseforetak: Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF
- Forvalter driftsavtaler med Betanien hospital, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Martina Hansens hospital og Revmatismesykehuset. I tillegg forvalter Helse Sør-Øst RHF avtaler med om lag 1000 avtalespesialister og om lag 80 avtaler med private institusjoner.
- Antall årsverk i foretaksgruppen 2018: 61 126
- Antall årsverk i Helse Sør-Øst RHF 2018: 166 (I tillegg hadde Sykehuspartner HF 1 430 årsverk)
- Inntektsbudsjett i 2019: om lag 85 mrd. kroner

Boks 4.2 Helse Vest RHF

- Etablert i 2002
- Vil fra 1.1.2020 ha ansvar for befolkningen i Rogaland og Vestland (om lag 1,11 mill. innbyggere)
- Består av 5 helseforetak: Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sjukehusapoteka Vest HF
- Forvalter driftsavtale med Haraldsplass diakonale sykehus som en del av lokalsykehus-tilbudet, og forvalter avtaler med om lag 270 avtalespesialister og 20 avtaler med private institusjoner
- Antall årsverk i foretaksgruppen 2018: 22 176
- Antall årsverk i Helse Vest RHF 2018: 60 (I tillegg hadde lønns- og regnskapssenteret 10,7 årsverk og Helse Vest IKT 535 årsverk)
- Inntektsbudsjett i 2019: om lag 29,9 mrd. kroner

Boks 4.3 Helse Midt-Norge RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Møre og Romsdal og Trøndelag (om lag 726 000 innbyggere)
- Består av 4 helseforetak: Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
- Forvalter avtaler med om lag 140 avtalespesialister og 28 avtaler med private institusjoner
- Antall årsverk i foretaksgruppen 2018: 17 119
- Antall årsverk i Helse Midt-Norge RHF 2018: 70 (I tillegg hadde Helse Midt-Norge IKT 347 årsverk, Helseplattformen 18,2 årsverk og Driftssenter logistikk og økonomi 26,9 årsverk)
- Inntektsbudsjett i 2019: om lag 22,5 mrd. kroner

Boks 4.4 Helse Nord RHF

- Etablert i 2002
- Vil fra 1.1.2020 ha ansvar for befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark (om lag 486 000 innbyggere)
- Består av 6 helseforetak: Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF, Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF
- Forvalter avtaler med om lag 90 avtalespesialister og om lag 30 avtaler med private institusjoner
- Antall årsverk i foretaksgruppen 2018: 13 995
- Antall årsverk i Helse Nord RHF 2018: 69 (I tillegg har Fremtidens systemer i klinikken 11,6 årsverk, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 21,6 årsverk og Helse Nord IKT HF 272 årsverk)
- Inntektsbudsjett i 2019: om lag 18,4 mrd. kroner

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	14 619	59 710	19 401
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	695 607	874 059	945 110
71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	539 252	552 116	566 434
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	51 380 490	53 571 938	56 113 159
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	18 108 181	18 781 421	19 588 777
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	13 698 766	14 270 445	14 916 217
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	12 252 747	12 726 632	13 261 484
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	36 139 373	37 843 728	39 960 745
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	2 877 199	3 119 112	3 145 547
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 170 188	1 216 053	1 234 392
80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	6 594 975	7 030 632	7 378 243
81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>	95 500	96 723	26 032
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	2 767 520	5 212 381	5 782 762
83	Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	38 905	81 000	186 000
86	Driftskreditter	1 107 001	3 359 000	4 459 000
	Sum kap. 0732	147 480 323	158 794 950	167 583 303

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 1 582 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til pasientbehandling i sykehusene, herunder 56 mill. kroner til nasjonale e-helseløsninger under kap. 701, post 72
- om lag 380 mill. kroner i tilskudd, lån og bygge-lånsrenter i forbindelse med pågående investeringsprosjekter i helseforetakene, inklusiv nedskalering av protonsenters med 140 mill. kroner
- 130 mill. kroner i lånebevilgninger til nye byggeprosjekter i 2020 i helseforetakene
- 70 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til mva-kompensasjon
- om lag 2,3 mrd. kroner i netto økning knyttet til endrede anslag for de regionale helseforetakenes pensjonspremier og -kostnader
- 24,7 mill. kroner i økt bevilgning til Nasjonalt tarmscreeningprogram
- 12 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til nasjonal forsterket fellesskapsavdeling Ila fengsel
- 10,6 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til forsøk med heroinassistert behandling
- 10 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til oppretting av flere LIS1-stillinger i Helse Nord
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til avrusningsenhet Bjørgvin fengsel
- 4,4 mill. kroner i økt bevilgning til persontilpasset medisin

- 265 mill. kroner knyttet til overføring av finansieringsansvar for legemiddelgrupper flyttet fra folketrygden kap. 2751, post 70
- 116,9 mill. kroner knyttet til nasjonale e-helseløsninger flyttes fra kap. 732, post 21 og postene 72–75 til kap. 701, post 72
- 30,8 mill. kroner flyttet til kap. 761, post 73 knyttet til etablering av hospice i Malvik
- 22,5 mill. kroner flyttet fra kap. 734, post 71 knyttet til innføring av 20 pst. egenandel for pasienter i tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede
- 16,4 mill. kroner flyttet til kap. 2752, post 70 knyttet til endringer i innsatsstyrt finansiering
- 7 mill. kroner knyttet til ParkinsonNet flyttet fra kap. 732, posten 21 og 79
- 5 mill. kroner knyttet til tilskudd til etterutdanning flyttet fra kap. 765, post 73
- 2,6 mill. kroner flyttet fra kap. 2711, post 76 og kap. 2755, post 70 knyttet til endringer i innsatsstyrt finansiering
- 2,4 mill. kroner knyttet til «En vei inn» flyttet til kap. 701, post 72
- 135,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forslag om økte egenandeler
- 27 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til underregulering av laboratorie- og radiologitjenester
- 24,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forslag om økt gebyr for pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk konsultasjon

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. 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, kap. 732, post 77, Laboratorie- og radiologiske undersøkelser og kap. 732, post 80, Kompensasjon for merverdiavgift). I tillegg kommer bevilgninger til avtalespesialister (kap. 2711, post 70, og post 71) og private laboratorier og røntgeninstituttt (kap. 2711, post 76). Det gis også tilskudd basert på kvalitetsindikatorer for å øke kvalitet (kap. 732, post 71) og tilskudd til forskning og nasjonale kompetansetjenester (kap. 732, post 78).

I årlig melding 2018 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppdragsdokument og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2018 og status 2019 i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Årlig melding inngår som en del av grunnlaget for departementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2020.

Hovedtrekk i forslag 2020

Det vises til budsjettforslagets del I, pkt. 2.1 for en mer utfyllende oppsummering av hovedtrekkene i budsjettforslaget for de regionale helseforetakene for 2020 og omtale under postene 72–75.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2020 med 1 552 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2019. Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 1,5 pst. neste år fra anslått aktivitetsnivå i 2019.

Det er fortsatt mange pasienter som ikke møter til avtalt time. Dette medfører dårlig ressursutnyttelse og lengre ventetid for andre. Derfor foreslås det såkalte fraværsgybet ved manglende fram møte til somatisk poliklinikk økt neste år. Det er lagt til grunn at de regionale helseforetakene disponerer 30 mill. kroner av antatt økte gebyrinntekter. Hensyn tatt til de økte gebyrinntektene, er samlet ramme for økt aktivitetsvekst 1 582 mill. kroner.

Oppdaterte anslag for innsatsstyrt finansiering (ISF) og laboratorie- og radiologiske undersøkelser i 2019 tilsier at bevilgningene skal økes med 112 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett. Budsjettforslaget for 2020 tar utgangspunkt i det høyere bevilgningsbehovet i 2019. Bevilgningsforslaget tar videre hensyn til at pensjonskostnadene anslås 1,2 mrd. kroner høyere enn i saldert budsjett 2019. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,1 pst.

Innenfor den foreslåtte vekstramme på 1 582 mill. kroner må de regionale helseforetakene dekke økte utgifter til forvaltning, drift og vedlikehold av nasjonale e-hesløløsninger på til sammen 56 mill. kroner.

Foreslått vekstramme på 1 582 mill. kroner framkommer etter at det er gjort fratrekk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (179 mill. kroner) og underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (27 mill. kroner).

For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 pst. fra 2019 til 2020, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på 2,2 pst. neste år. Fra 2020 foreslås det å inkludere flere personellgrupper i ISF, samt telefonkonsultasjoner innenfor somatikk.

Det foreslås en samlet låneramme på 29,1 mrd. 2020-kroner til Nye Oslo universitetssykehus, med en lånebevilgning i 2020 på 100 mill. kroner. Med dette legges det til rette for at Helse

Sør-Øst og Oslo universitetssykehus kan gå i gang med bygging av et nytt stort akutt sykehus på Aker og et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad. I tillegg skal Radiumhospitalet videreutvikles som et spesialisert kreftsykehus. Nye Oslo universitetssykehus innebærer nye og moderne sykehuslokaler, økt kapasitet og tilrettelegging for nye organisasjonsløsninger og arbeidsmetoder. Dette representerer et stort løft i utviklingen av spesialisthelsetjenesten, som vil være viktig for innbyggerne både i Oslo, Helse Sør-Øst og resten av landet.

Videre foreslås det en samlet låneramme på 60 mill. 2020-kroner til bygging av universitetsarealer for Universitetet i Stavanger ved nytt sykehus i Stavanger, med en lånebevilgning på 30 mill. kroner i 2020.

I tillegg tas det, som tidligere oppgitt, sikte på å fremme forslag om låneramme til etablering av regional sikkerhetsavdeling på Ila ved Oslo universitetssykehus i statsbudsjettet for 2021, dersom tomtespørsmålet er avklart.

Særskilte satsingsområder 2020

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasientene som partnere i utviklingen av tjenestene. Med dette som utgangspunkt vil styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2020 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- IKT
- Samhandling, ressursutnyttelse og samordning

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og antall fristbrudd, har regjeringen tatt i bruk flere virkemidler.

Tall for første tertial 2019 viser at gjennomsnittlig ventetid er stabil, sammenliknet med første tertial 2018. Innen psykisk helsevern for barn og unge var det imidlertid en nedgang på seks dager. I perioden første tertial 2013 til første ter-

tial 2019 gikk gjennomsnittlig ventetid ned med 16 dager.

Pasientene etterspør forutsigbare pasientforløp. Derfor er det utarbeidet pakkeforløp for utvalgte tilstander, og flere pakkeforløp er under utvikling. Pakkeforløpene beskriver planlagte pasientforløp, og det er utviklet flere nasjonale kvalitetsindikatorer som gir informasjon som helseforetakene skal bruke i forbedringsarbeidet. I 2015 ble det etablert 28 pakkeforløp for kreft. Helseledelse fikk i 2018 i oppdrag å utvikle Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Pakkeforløpet skal utarbeides og implementeres i løpet av en 3-års periode. Pakkeforløp for hjerneslag og pakkeforløp psykisk helse og rus er implementert fra 2019. Helseledelse har fått i oppdrag å utvikle pakkeforløp for smertebehandling, utmattelse og muskel- og skjelettlidelser.

Det er viktig med en sammenhengende akuttmedisinsk kjede for å sikre trygghet og gode tilbud for hele befolkningen. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus blir særskilt omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Fritt behandlingsvalgreforment ble innført i 2015. Ordningen omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt enkelte tjenester innen somatikk. To tjenester innen rehabilitering ble inkludert i 2019 og Helseledelse har fått i oppdrag å vurdere inkludering av flere tjenester innen rehabilitering fra 2020. Fritt behandlingsvalgreforment innebærer også at de regionale helseforetakene skal kjøpe mer fra private gjennom anbud.

Det har siden 2015 vært gitt årlige oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Oppdragene har vært særlig rettet mot å etablere indikatorer og metodikk som avdekker uønsket variasjon, samt å tilgjengeliggjøre denne informasjonen slik at den kan brukes til forbedringsarbeid på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet følges opp i 2020.

På oppdrag fra departementet leverte Helseledelse høsten 2018 en utredning og skissering av alternative modeller for hvordan pasientforløp og ventetid i spesialisthelsetjenesten kan reguleres og registreres. Formålet med oppdraget var å få frem et godt beslutningsgrunnlag for eventuelle endringer. Departementet tar sikte på å sende forslag til oppfølging av denne rapporten på høring høsten 2019.

Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten skal understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Fra 2020 foreslås det å inkludere flere personellgrupper i ISF, samt tele-

fonkonsultasjoner innenfor somatikk. Endringene vil understøtte en mer arena-, teknologi- og helsepersonellnøytral ordning. I budsjettforslag 2020 er det lagt til rette for en generell aktivitetsvekst på om lag 1,5 pst. som omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Regjeringen fortsetter å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2020. Prioriteringsregelen som forutsetter at psykisk helsevern og TSB skal prioriteres i spesialisthelsetjenesten videreføres. Innenfor psykisk helsevern skal barn og unge og DPS prioriteres. Ambulante tjenester skal utvikles videre. Implementeringen av pakkeforløp innen psykisk helse- og rusområdet har høy prioritet. Helsesatsingen i barnevernet skal følges opp videre. Det er et viktig mål å utvikle tjenester som bidrar til å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang. Bedre rutiner for samarbeid rundt henvisninger og utskrivninger vil være et viktig tiltaksområde. Tjenester til innsatte vil ha særlig oppmerksomhet i 2020.

Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse vil bli fulgt opp og sett i sammenheng med Nasjonal helse og sykehusplan, hvor psykisk helsevern er et hovedområde.

Det er fortsatt en hovedutfordring å realisere målene om brukerinnflytelse og samarbeid med pårørende.

Det vises ellers til øvrige punkter under særskilte satsingsområder, som også gjelder psykisk helsevern og TSB.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

De regionale helseforetakene skal sikre god forankring av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet på ledernivå, i tråd med Riksrevisjonens anbefalinger i undersøkelsen om styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet. Den årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten forventes å bli benyttet som kilde for ledelse og styring på alle nivåer. Det skal arbeides mer systematisk for bedre kvalitet og pasientsikkerhet og for mindre uønsket variasjon i kvalitet på tjenestetilbudet.

Pasienter skal være i trygge hender i møte med helsetjenesten. Dette fordrer at ledelse og ansatte i virksomhetene tar tak i de områdene de selv har pasientsikkerhetsutfordringer på, og at risikovurdering om pasientsikkerhet utføres i

planlegging og gjennomføring av alle tiltak innad i og på tvers av virksomheter og nivåer.

Helsedirektoratet har utgitt Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Planen skal sikre videreføring av arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet, fortsatt målrettet og samordnet innsats for bedre pasientsikkerhet, og legge til rette for at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring kan etterleves. De regionale helseforetakene skal ferdigstille og følge opp handlingsplaner for bedre pasientsikkerhet innenfor eget ansvarsområde på pasientsikkerhet, i samsvar med den nasjonale handlingsplanen.

De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Helsedirektoratet videreføre arbeidet med å kartlegge omfanget av pasientskader gjennom å videreutvikle metoden GTT, og bruke undersøkelsen ForBedring som grunnlag for nasjonale indikatorer på pasientsikkerhetskultur. Resultatene skal følges opp på alle nivå med konkrete tiltak for å forebygge og redusere antall pasientskader, og forbedre pasientsikkerhetskulturen der det er behov.

Helsetjenesten har mange meldeplikter om uønskede hendelser. Prosjektet «En vei inn» har utviklet en felles meldeportal som skal brukes av helseforetakene for å forenkle meldeplikten og forebygge underrapportering til de ulike melde- og varselpliktene. Se omtale under kap. 781, post 21.

Medisinske kvalitetsregistre er viktige for å sikre kunnskap om kvaliteten på diagnostikk og behandling i helsetjenesten. De regionale helseforetakene forventes å få på plass en finansierings- og styringsmodell som sikrer samarbeid mellom helseregionene slik at målsettingene på kvalitetsregisterområdet oppnås, jf. oppfølging av funn fra Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon om helseregistre. Forskrift om medisinske kvalitetsregistre trådte i kraft høsten 2019. De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med å etablere fellesløsninger, nye nasjonale kvalitetsregistre, fremme god datakvalitet og mer bruk av eksisterende registre, herunder også til rekruttering av pasienter til kliniske studier og dokumentasjon av utprøvende behandling. Prøveordningen i innsatsstyrt finansiering (ISF), hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre videreføres for å stimulere til økt dekningsgrad. De regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med å legge til rette for automatisk uttrekk av data fra journal til kvalitetsregistre, samt bidra i utviklingsarbeidet i helsedataprogrammet og «en innbygger – en journal» i regi av

Direktoratet for e-helse for blant annet å sikre at kvalitetsregisterperspektivet ivaretas. Det vises til kap. 701 for omtale av Helsedataprogrammet og medisinske kvalitetsregistre.

De regionale helseforetakene skal arbeide for å sikre kunnskapsbasert praksis i tjenesten. Arbeidet med å vurdere utfasing eller avgrenset bruk av behandlingsmetoder skal videreføres for metoder der det i dag mangler forskningsbasert dokumentasjon om effekt, eller der det er utviklet bedre, mindre invasive eller tryggere metoder.

Det er et mål å gi flere kreftpasienter og andre med alvorlig sykdom tilgang til utprøvende behandling. Med økende grad av persontilpasset medisin vil utprøvende behandlingsmetoder oftere tas i bruk som en del av det ordinære behandlingstilbudet. Utprøvende behandling skal som hovedregel tilbys gjennom kliniske studier. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at utprøvende behandling tilbys i tråd med de nasjonale prinsippene for utprøvende behandling. Resultater fra utprøvende behandlingsmetoder som tilbys enkeltpasienter bør dokumenteres på en systematisk måte, slik at kunnskapen kommer flere til gode.

Regjeringen har lagt fram Nasjonal hjernehelsetrategi (2018–2024). Det er den første nasjonale hjernehelsetrategien som er lagt fram, også i Europa. Helsedirektoratet har, i samarbeid med brukere og fagmiljøer, konkretisert strategiens mål og delmål i en handlingsplan. Det er etablert et partnerskap som skal bidra til gjennomføring av mål og tiltak. Partnerskapet består av representanter fra de regionale helseforetakene, KS, Oslo kommune, Hjernerådet og pasientorganisasjoner. Tiltakene i planen gjennomføres av helsemyndighetene og i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Personell, utdanning og kompetanse

Utdanning, rekruttering og livslang kompetanseutvikling skal være tilpasset de behovene befolkningen har for helsetjenester og den medisinsktekniske utviklingen. Utvikling av kompetanse og å sørge for riktig kapasitet og personellsammensetning er en kontinuerlig oppgave for de regionale helseforetakene. Arbeidet med utdanning og kompetanse inngår som en del av den daglige virksomheten i tjenesten.

Det er viktig å tilrettelegge for nødvendig nasjonal samordning mellom de fire regionale helseforetakene. Tjenesten må samarbeide nært med universiteter og høyskoler, kommuner og andre relevante aktører som næringsliv for å stimulere til nødvendig samarbeid om grunn- videre- og

etterutdanning og kompetanseutvikling. De etablerte samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler er en viktig arena for forankring og oppfølging av samarbeidsavtaler om utdanning og praksisundervisning. De regionale helseforetakene skal tilrettelegge for en fremtidsrettet praksisundervisning av høy kvalitet med bruk av simulering, nye modeller for praksisarenaer og kombinerte stillinger.

Framskrivninger viser et økt behov for spesialisthelsetjenester, som ikke kan møtes med en økt bemanning alene. Det må også legges til rette for at helsepersonell kan benytte sin kompetanse på nye måter. Nye teknologiske løsninger, forbedrede arbeidsløsninger, nye modeller for livslange karriereløp og god logistikk er noen virkemidler som vil gi effekt for å møte behovet for kompetanse. Livslange karriereløp, satsning på heltidskultur og god ledelse er av stor betydning for å beholde helsepersonell i helsetjenesten. Utfordringene er sammensatte og må møtes med ulike virkemidler.

Regionale helseforetak må bidra til at kompetanseutvikling strekker seg ut over de organisatoriske grensene – både innad i helseforetakene og i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Medarbeidernes kompetanse skal brukes riktig både i forhold til helsefaglige oppgaver og i arbeidsdelingen mellom helsepersonell. Forutsetningen for å nå målsetningene er aktiv og strategisk styring og ledelse av kompetanse og kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

Pleiegruppene er de største helsepersonellgruppene både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. De har en nøkkelkompetanse som er grunnleggende for å møte utfordringene i helsetjenesten og for å understøtte utvikling av bærekraftige helsetjenester, både når det gjelder bredde- og spesialkompetanse. Moderniseringen av legenenes spesialistutdanning som iverksettes må følges opp. Å ivareta allmennlegenenes behov for sykehuspraksis vil være en av oppgavene framover.

Kompetanseutviklingen skal understøtte utviklingen i helsetjenesten, både faglig og organisatorisk. Kompetanse er et eget tema i den nye Nasjonale helse- og sykehusplanen som blir lagt fram i løpet av 2019.

Forskning og innovasjon

Det er viktig å heve kvaliteten på og omfanget av tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning, helsetjenesteforskning, innovasjon og næringsut-

vikling. Det er et mål å øke antallet offentlig initierte kliniske studier og studier initiert av næringslivet. Det vises til kap. 732, post 78, og del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet med å styrke de kliniske utprøvningsenhetene og å bruke Norwegian Infrastructure for Clinical Trials (NorCRIN) som en infrastruktur for «en vei inn» for kliniske studier, skal videreføres. Det inkluderer implementering av en partnerskapsmodell med næringslivet. Program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten skal også dekke kunnskapsbehov som avdekkes i Nye metoder, ev. gjennom samfinansiering med ideelle organisasjoner og stiftelser. Departementet vil utarbeide en nasjonal handlingsplan for kliniske studier som legges frem i 2020. De regionale helseforetakene har pilotert indikator for kliniske behandlingsstudier og pasienter som inngår. Måling gjennomført i 2019 baserer seg på tall fra 2017 og 2018. Det må avsettes nødvendige ressurser i 2020 til å gjennomføre rapporteringen og imøtekomme metodiske utfordringer kartlagt i forbindelse med målingen i 2019. De regionale helseforetakene skal på sikt bruke helseklassifikasjonssystemet Health Research Classification System (HRCS) i målingen av ressursbruk til forskning i helseforetakene, jf. Prop. 1 S (2017–2018).

Det er et mål å øke helseforetakenes deltakelse i EUs rammeprogram for forskning og innovasjon og det nordiske samarbeidet om kliniske studier og persontilpasset medisin. De regionale helseforetakene skal vurdere aktuelle områder for strategisk samarbeid om helseforskning med Norges forskningsråd. Alle vitenskapelige artikler som utgår fra forskningsmidler utlyst i de regionale helseforetakene skal fra og med 1. januar 2021 være åpent tilgjengelige.

2020 vil være det første året med nasjonale data om innovasjonsaktiviteten i helseforetakene, basert på rapportering på ny indikator for innovasjon. Indikatoren er beskrevet på regjeringen.no. Innovasjonseffekten av anskaffelser i helseforetakene bør økes, eksempelvis innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT. Det skal legges til rette for økt samarbeid med næringslivet, bl.a. gjennom tilrettelegging for uttesting av medisinsk-teknisk utstyr, jf. Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen.

IKT

Digitalisering er en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste og helhetlige pasientforløp. Innbyggere og pasienter skal ha mulighet til

digital dialog med spesialisthelsetjenesten på nett for å kunne administrere og delta i egen behandling.

Innbygger og pasient skal ha tillit til at personopplysninger behandles på en trygg og sikker måte. Helseforetakene, både lokalt og regionalt, skal ha høy prioritet på ivaretagelse av informasjonssikkerhet gjennom oppfølging av krav til teknologi, prosesser og kultur.

Realisering av gevinster av digitale løsninger forutsetter at det er etablert IKT-infrastruktur med høy sikkerhet og tilgjengelighet. Bruken av etablerte nasjonale e-helseløsninger skal økes for å sikre et likeverdig tilbud til befolkningen. Innføring av innbyggertjenester på helsenorge.no skal ha høy prioritet for å styrke den digitale kontakten mellom helsetjenesten og innbyggere, pasienter og brukere. De regionale helseforetakene skal, så langt det er mulig, søke å samordne utvikling av nye løsninger. Felles anskaffelser skal gjennomføres der det er formålstjenlig. Det skal legges til rette for prosesser for erfaringsutveksling fra anskaffelsesprosesser og innføring av ny teknologi.

De regionale helseforetakene må videreutvikle en god sikkerhetskultur, gjennomføre verdi- og skadevurderinger og implementere nødvendige sikkerhetstiltak for å sikre sine datanettverk. Samtidig må de samarbeide om erfaringsoverføring for å skape god sikkerhetskultur og kompetanse for å forebygge, avdekke og iverksette skadereduserende tiltak mot uautorisert tilgang til deres datanettverk. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF deltar også i dette arbeidet.

De regionale helseforetakene skal videreføre sine faglige og finansielle bidrag i utvikling av nasjonale løsninger og felleskomponenter, herunder felles standarder for deling av helseinformasjon. De regionale helseforetakene skal understøtte og bidra i allerede igangsatte programmer, som arbeidet med én innbygger – én journal, Helseplattformen og helseanalyseplattformen.

De regionale helseforetakene skal tilrettelegge for nye teknologiske løsninger slik at flere pasienter kan behandles og følges opp hjemme. Dette skal gjøres i samarbeid med fastlege og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Spesialisthelsetjenesten har kommet langt i å ta i bruk etablerte elektroniske meldinger. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Norsk Helsenett SF og aktuelle leverandører gjøre tiltak for å redusere feil bruk av standardiserte meldingsformater.

Samhandling, ressursutnyttelse og samordning

Regjeringen vil legge frem en Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) høsten 2019. Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Hovedtemaene vil være samhandling, kompetanse, psykisk helsevern, teknologi og digitalisering. Meldingen angir retning og ramme for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen ønsker å understøtte et likeverdig partnerskap mellom kommuner og helseforetak for å sikre en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Det forutsettes at drift og videreutvikling i helseforetakene skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammene som er fastlagt, både økonomisk og juridisk, slik at de regionale helseforetakenes ansvar oppfylles på en mest mulig effektiv måte. De regionale helseforetakene skal legge til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Det er etablert flere felleseide nasjonale foretak for å sikre felles løsninger for spesialisthelsetjenesten. Det er stilt krav om at de regionale helseforetakene sikrer rammebetingelser for de felleseide nasjonale foretakene slik at de kan ha en utvikling i tråd med fastlagte mål og strategier.

Anmodningsvedtak

Ideell virksomhet i helse- og omsorgssektoren

Vedtak nr. 126 (2016–2017), 9. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen fastslå et mål om vekst i andelen av den samlede helse- og omsorgssektoren som skal være organisert og drevet som ideell virksomhet, og på egnet måte legge fram for Stortinget en plan med kortsiktige og langsiktige tiltak for å oppnå dette.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2015–2016), jf. Innst.102 S (2016–2017).

I Granavoldenplattformen uttalte regjeringen at den vil styrke ideelle virksomheters rolle som leverandør av helse- og omsorgstjenester. Som et ledd i denne styrkingen vil regjeringen «følge opp Stortingets vedtak om å øke andelen av den samlede helse- og omsorgssektoren og komme tilbake til et måltall i statsbudsjettet for 2020».

Ideelle virksomheter har allerede i dag en sentral rolle som leverandør av både spesialisthelse-

tjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Ideelle aktører er et viktig supplement til det offentlige, og kan bidra til både tjenesteinnovasjon og produktinnovasjon. Samlet utgjør de ideelles andel av totale kostnader om lag 5 pst. Regjeringen har satt seg som mål å doble de ideelles andel av den samlede helse- og omsorgssektoren til 10 pst. målt i kostnader.

Regjeringen har allerede iverksatt flere tiltak for å nå dette målet. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å prioritere ideelle. De skal sørge for at de ideelle tjenesteleverandørenes andel av private institusjonsplasser økes over tid i forbindelse med innkjøpsprosesser, i den grad det er rettslig mulig og det ikke er til hinder for særskilt begrunnet bruk av kommersielle tilbydere. De skal videre utarbeide en strategi for hvordan de kan øke bruken av ideelle. De skal inkludere ideelle aktører i sitt plan- og utviklingsarbeid, og skal ikke bygge opp og utvikle konkurrerende tilbud til eksisterende tilbud hos ideelle aktører. Regjeringen er opptatt av å styrke de ideelle virksomhetene på en måte som ikke fører til et svekket tjenestetilbud. De regionale helseforetakene er derfor bedt om å stille de samme faglige krav til ideelle og kommersielle aktører som leverer tjenester til det offentlige.

Regjeringen har også innført en tilskuddsordning for historiske pensjonskostnader som gir bedre forutsigbarhet for private virksomheter med offentlig tjenstepensjonsordning som har levert spesialisthelsetjenester og statlige barneverntjenester. Tilskuddsordningen er hjemlet i lov av 1. mars 2019 nr. 3. Helsedirektoratet har lyst ut tilskuddet og startet saksbehandlingen av de første søknadene. Det forventes at tilskuddsmidlene i all hovedsak vil tilfalle ideelle virksomheter. Tilskuddet vil bidra til å nøytralisere den økonomiske byrden av offentlig tjenstepensjonsordning, legge til rette for likere konkurransevilkår og styrke de ideelle virksomhetenes evne til å nå opp i fremtidige konkurranser om leveranse av tjenester til det offentlige. Regjeringen innførte fritt behandlingsvalg-ordningen i 2015. Ordningen innebærer bl.a. at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan velge å motta behandling hos godkjente private leverandører. Flere av de godkjente leverandørene, både innen somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabiliteringstjenester, er ideelle virksomheter. To tjenester innen rehabilitering ble inkludert i godkjenningsordningen i 2019. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere innføring av flere rehabiliteringstjenester fra 2020. Dette kan åpne for at flere ideelle aktører kan søke om godkjenning

som leverandør i ordningen for fritt behandlingsvalg.

Når det gjelder den kommunale helse- og omsorgstjenesten, så er det kommunen som er ansvarlig for å organisere sitt tjenestetilbud ut fra lokale forhold og behov. Slik helse- og omsorgstjenesteloven i dag er utformet, har ikke staten adgang til å pålegge kommunene bruk av ideelle leverandører. Kommunene kan imidlertid bli flinkere til å prioritere ideelle, og regjeringen vil legge bedre til rette for at kommunene kan velge ideelle.

Regjeringen vil utarbeide mer veiledning for anskaffelser av ulike helse- og sosialtjenester for å legge til rette for økt medvirkning fra ideelle leverandører. Veiledningen vil bl.a. omfatte relevante unntak fra regelverket og hvordan oppdragsgiver kan tilrettelegge bedre for de ideelles medvirkning ved anskaffelser innenfor regelverket.

Regjeringen vil også utrede handlingsrommet for, og hensiktsmessigheten, av i større grad å tilskuddsfinansiere offentlige tjenester i stedet for å gjennomføre anskaffelser. Regjeringen vil også vurdere om andre former for bruk av tilskudd kan være virkemiddel for å fremme ideell sektor.

Regjeringen vil legge vekt på å ha dialog om mulige tiltak med ideell sektor.

Stortinget har bedt regjeringen utrede de økonomiske konsekvensene av å dekke de ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader for kommunal og fylkeskommunal sektor med sikte på at de dekkes av kommunene og fylkeskommunene. Utredningen bør også se på om dekningen bør gå gjennom å utvide den søknadsbaserte tilskuddsordningen for virksomheter som har levert spesialisthelsetjenester og statlige barneverntjenester som nevnt ovenfor. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om dette i oppfølging av anmodningsvedtak nr. 82 (2018–2019).

Behandlingstilbud til barn og unge

Vedtak nr. 839, 9. juni 2016

«Stortinget ber regjeringen sikre at barn og unge får medikamentfrie behandlingstilbud når faglige anbefalinger tilsier dette.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:43 S (2015–2016), jf. Innst. 346 S (2015–2016).

BUP er gjennomgående en poliklinisk tjeneste, og nesten all behandling er frivillig. Det

lave antallet døgnplasser gjør det lite aktuelt å opprette egne medikamentfrie enheter. Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har tilrettelagt for at kunnskapsbaserte medikamentfrie alternativer synliggjøres i faglig veiledning, bl.a. i håndbok for BUP (2018). I pakkeforløp for barn og unges psykiske helse (2018) er det tydeliggjort at mulige alternativer til legemiddelbruk bør drøftes med pasienten og/eller foreldre før legemidler eventuelt velges.

Etablering av overgrepsmottak

Vedtak nr. 920, 14. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen snarest sørge for at det etableres overgrepsmottak i hele landet, som også har kapasitet til å ta imot barn.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:110 S (2016–2017), jf. Innst. 343 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp ved at alle helseforetak har sørget for overgrepsmottak, enten i samarbeid med legevakt eller direkte på sykehusavdeling. Barn som er utsatt for vold og overgrep behandles i de ordinære barneavdelingene i sykehusene. I årlig melding for 2017 framgår det at alle regionale helseforetak har utarbeidet planer for å øke kapasitet og kompetanse i sosialpediatri i barneavdelingene.

Stortingsmelding - Prehospitale tjenester

Vedtak nr. 21, 15. november 2018

«Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om de prehospitale tjenestene og hele den akuttmedisinske kjeden basert på NOU 2015:17 Først og fremst.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8: 225 S (2017–2018) Representantforslag om å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus og sikre forsvarlige luftambulansetjenester.

Vedtaket er fulgt opp gjennom at prehospitale tjenester inngår som eget tema i Nasjonal helse- og sykehusplan som legges fram som en stortingsmelding i løpet av 2019, i tråd med Granavolden-plattformen. Omtalen av prehospitale tjenester gir en oversikt over oppfølgingen av NOU 2015: 17 Først og fremst.

Rehabiliteringsavdelingen 2 Øst i Eigersund

Vedtak nr. 23, 15 november 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at kommunene i regionen får mulighet til å bygge opp nødvendig kompetanse og kapasitet til å ta over ansvaret for den aktuelle pasientgruppen dersom beslutningen om å legge ned rehabiliteringsavdelingen 2 Øst i Eigersund opprettholdes.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:226 S (2017–2018), jf. Innst. 31 S (2018–2019).

Styrevedtaket i Helse Stavanger mai 2018 om nedleggelse av rehabiliteringsavdeling 2 Øst i Eigersund ble iverksatt fra uke 50 i 2018. Endringene ble forberedt gjennom 2018 i flere prosjektgrupper og en styringsgruppe hvor Eigersund kommune var representert.

Ifølge Helse Stavanger var hoveddelen av aktiviteten på rehabiliteringsavdeling 2 Øst oppgaver som etter føringene i Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017–2019) i hovedsak skal ytes av kommunene.

Det ble utarbeidet en plan for etablering av lungemedisinsk poliklinikk i Eigersund. Denne er i drift fra 2019. Øvrig poliklinisk drift i Eigersund er videreført, og det er etablert en ny avtalespesialisthjemmel innen hudsykdommer som er lokalisert i Eigersundnasjonale. Tilbudet for pasienter med hudsykdommer blir med dette styrket. Dalane-regionen vil samlet sett få et større poliklinisk tilbud for pasienter med lunge- og hudsykdommer.

Regjeringen la frem en treårig Opptappingsplan for habilitering- og rehabilitering i Prop. 1 S (2016–2017). 2019 er siste år i opptappingsplanen. Planen retter seg i hovedsak mot kommunale tjenester. Fylkesmannen i Rogaland har mottatt midler gjennom opptappingsplanen til styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene. Med disse midlene kan kommunene styrke rehabiliteringstilbudet til pasientene som til nå har hatt et tilbud i Eigersund.

Totalt er det bevilget 300 mill. kroner i statlige stimuleringsmidler, slik det ble lagt opp til i 2017. Det tas sikte på å evaluere opptappingsplanen i 2020, og Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til saken på egnet måte.

Helse Stavanger har også styrket ambulante ressurser på sin rehabiliteringsavdeling. Ambulante tjenester vil gi verdifull kompetanse til kommunene i Dalaneregionen under oppbyggingen av kommunale rehabiliteringstilbud.

Overføring av medikamentordningen til RHFene

Vedtak nr. 75, 3. desember 2018

«Stortinget ber regjeringen i styringsdialogen med de regionale helseforetakene vektlegge behovet for at pasientrettighetene til personer med sjeldne sykdommer ivaretas ved overføring av medikamentordningen til de regionale helseforetakene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2018–2019), Prop. 1 S (2018–2019), og Prop. 1 S Tillegg 1–3 (2018–2019), jf. Innst. 2 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2019 der det framgår at pasientrettighetene til personer med sjeldne sykdommer skal ivaretas ved overføringen.

Arbeids- og sluttavtaler for ledere i helseforetak

Vedtak nr. 722, 15. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå arbeids- og sluttavtaler for ledere av alle helseforetak for å avklare om avtalene er i samsvar med statens reviderte retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte av 13. februar 2015.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:145 S (2017–2018), jf. Innst. 272 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i foretaksmøtet 13. juni 2018 fikk i oppdrag å gjennomgå avtaler for ledende ansatte og tilse at disse er i tråd med statens retningslinjer. Helse Nord RHF har koordinert dette arbeidet på vegne av de fire regionale helseforetakene. En oppsummering av gjennomgangen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2019. I henhold til kartleggingen helseforetakene har gjennomført har Helse Nord RHF vurdert at statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte etterleves.

Sluttvederlag i helseforetakene

Vedtak nr. 723, 15. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen vurdere helseforetakenes praksis med sluttvederlag og etterlønn og sikre at helseforetakene ikke tar i bruk sluttvederlag når lederen selv har tatt initiativ til oppsigelse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:145 S (2017–2018), jf. Innst. 272 S (2017–2018).

Helseministeren har i tidligere foretaksmøter fastslått at statens retningslinjer gjelder for helseforetakene. Retningslinjene har en egen omtale av sluttvederlag, hvor det fremgår at sluttvederlag og lønn ikke bør overstige 12 månedslønner. Det fremgår videre at sluttvederlag ikke bør benyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelsen.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at de regionale helseforetakene i foretaksmøte 13. juni 2018 fikk i oppdrag å gjennomgå helseforetakenes bruk av sluttavtaler, etterlønn og avtaler om retrettstillinger til ledende ansatte, og på grunnlag av denne gjennomgangen vurdere om man bør etablere et felles normativt rammeverk for bruk og innretning av slike avtaler. Helse Nord RHF har koordinert dette arbeidet på vegne av de fire regionale helseforetakene. En oppsummering av gjennomgangen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2019. I henhold til kartleggingen helseforetakene har gjennomført har Helse Nord RHF vurdert at statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte etterlevs.

Vikarbruk i helseforetakene

Vedtak nr. 755, 24. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå vikarbruken i helseforetakene for å se til at bruken ikke er i strid med arbeidsmiljølovens bestemmelser.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:159 S (2017–2018), jf. Innst. 281 S (2017–2018).

Ved behandlingen av Prop. 1 S (2018–2019) og Innst. 11 S (2018–2019) ba Helse- og omsorgskomiteens flertall om å få oversendt resultatene fra gjennomgangen.

Vedtaket ble fulgt opp i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2019. Her ble de regionale helseforetakene bedt om å sammenstille kunnskapen om bruk av helsepersonellvikarer og levere en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene har i august 2019 oversendt en rapport om kunnskapsgrunnlaget i tråd med kravet fra foretaksmøtet. Det er Sykehusinnkjøp HF som gjennomfører anskaffelser og forvalter avtaler på vegne av de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak, også for innleie av personell. Det ble i 2009 besluttet tiltak for å organisere bruk av innleide helsepersonellvikarer ved landets sykehus. Målet var å bidra til å profesjo-

naliserer sykehusenes organisering og oppfølging av bruken av helsepersonellvikarer, styrke foretakenes posisjon i markedet og samtidig bidra til å sikre at leverandørene opptrådte i tråd med krav til bemanningsbyrå. I avtalene som er etablert mellom leverandører og spesialisthelsetjenesten er det en rekke reguleringer for å sikre vikarer med den nødvendige kompetanse, i henhold til arbeidsmiljølovens regler om arbeids- og hviletid, samt at vikaren mottar korrekt lønn. De regionale helseforetakene og Sykehusinnkjøp har fra 2009 etablert omfattende rutiner og prosedyrer for å sikre at det er tydelige forventninger til vikarbyrå som tilbyr helsepersonellvikarer.

Rapporten fra de regionale helseforetakene vil bli oversendt til Helse- og omsorgskomiteen. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Luftambulanseberedskap

Vedtak nr. 860, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre luftambulanseberedskapen over hele landet, med nødvendige tiltak på kort og lang sikt for å skape stabilitet og forutsigbarhet i tjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at regjeringen har iverksatt ulike tiltak for å styrke den umiddelbare beredskapen, og har gjennom krav til rapportering og planer fra spesialisthelsetjenesten forsikret seg om at tjenesten fungerer. Det vises til komiteens merknad i Innst. 11 S (2018–2019) og til særskilt redegjørelse om operatørbyttet i ambulanseflytjenesten i denne proposisjonen (del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten). En uavhengig ekspertgruppe skal utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten og utredningen skal være ferdig innen utgangen av 2020. Det fremgår av ekspertgruppens mandat at de skal gjennomgå erfaringer med operatørbyttet og vurdere dette i forbindelse med sitt utredningsarbeid. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Erfaring og kompetanse i luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 862, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at erfaring og kompetanse i dagens luftambulansetjeneste videreføres, enten gjennom forhandlinger med operatør, gjennom ny anbudsrunde med krav om virk-

somhetsoverdragelse etter arbeidsmiljølovens bestemmelser eller på annen egnet måte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Norsk flygerforbund og NHO Luftfart kom 20. juni 2018 frem til enighet om en tariffavtale for piloter som ansettes i Babcock Scandinavian AirAmbulance (Babcock). Alle pilotene som var ansatt hos Lufttransport FW AS ble tilbudt jobb i Babcock på de betingelsene det da ble enighet om. I dag er 91 av 105 piloter i Babcock Scandinavian AirAmbulance tidligere ansatte i Lufttransport FW AS, og skiftet arbeidsgiver i forbindelse med operatørbyttet 1. juli 2019.

Det vises til komiteens merknad i Innst. 11 S (2018–2019) om usikkerhet knyttet til de tekniske tjenestene. Babcock Scandinavian AirAmbulance forsøkte også å sikre en videreføring av lokal kompetanse gjennom et utspill overfor teknikerne i LT Tech. Partene kom imidlertid ikke til enighet. Babcock har i dag knyttet til seg 17 teknikere som skal jobbe ute på den enkelte base. Selskapet har videre inngått tjenesteavtaler med tre leverandører av teknisk flyvedlikehold. Teknikerne i disse selskapene og de teknikerne som er ansatte i Babcock har de godkjenninger og den sertifisering de skal ha for det vedlikeholdet som skal utføres på tjenestens nye fly. Babcock har også igangsatt et arbeid for å bygge en egen hangar i Tromsø slik at tyngre vedlikehold kan gjøres der. Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom de beskrevne tiltakene, og man har så langt som mulig sikret at tidligere erfaring og kompetanse blir videreført hos ny operatør.

Anbudsprosess i luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 865, 7. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen evaluere anbudsprosessen vedrørende luftambulansetjenesten og bruke erfaringene i den videre prosessen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:224 S (2017–2018), jf. Innst. 362 S (2017–2018).

Det vises til særskilt redegjørelse om operatørbyttet i ambulanseflytjenesten i denne proposisjonen (Del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten). Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at en uavhengig ekspertgruppe skal utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten, og utredningen skal være ferdig innen utgangen av 2020. Det fremgår av ekspertgruppens mandat at de skal gjennomgå erfaringer med operatørbytt-

et og vurdere dette i forbindelse med sitt utredningsarbeid.

Luftambulansetjenesten

Vedtak nr. 1011, 15. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre forsvarlig drift og vedlikehold av luftambulansene ved den enkelte base.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 2 (2017–2018), jf. Innst. 400 S (2017–2018).

Det vises til komiteens merknad i Innst. 11 S (2018–2019) om usikkerhet knyttet til de tekniske tjenestene. Babcock Scandinavian AirAmbulance forsøkte å sikre en videreføring av lokal kompetanse gjennom et utspill overfor teknikerne i LT Tech. Partene kom imidlertid ikke til enighet. Babcock har i dag knyttet til seg 17 teknikere som skal jobbe ute på den enkelte base. Selskapet har videre inngått tjenesteavtaler med tre leverandører av teknisk flyvedlikehold. Teknikerne i disse selskapene og de teknikerne som er ansatte i Babcock har de godkjenninger og den sertifisering de skal ha for det vedlikeholdet som skal utføres på tjenestens nye fly. Babcock har også igangsatt et arbeid for å bygge en egen hangar i Tromsø slik at tyngre vedlikehold kan gjøres der. Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom de beskrevne tiltakene, og man har så langt som mulig sikret at tidligere erfaring og kompetanse blir videreført hos ny operatør.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen over posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten.

Nedenfor er noen av prosjektene som er finansiert i 2018 eller 2019 omtalt:

- Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene
- Framskrivninger og analyser i helse- og omsorgstjenesten fra Statistisk sentralbyrå (SSB)
- Lovutvalg som gjennomgår tvangsregelverket i helse- og omsorgssektoren
- Utvalg som vurderer fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetakene
- Utvalg som vurderer medias tilgang til helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, barnehager og skoler
- Utvalg som utreder autismefeltet og beslektede diagnoser som Tourettes syndrom
- Ekspertgruppe som utreder operativ drift av luftambulansetjenesten

Post 70 Særskilte tilskudd

Hovedregelen er at basisbevilgningene til de regionale helseforetakene budsjetteres over postene 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70. Det foreslås å flytte:

- 30,8 mill. kroner til kap. 761, post 73 til etablering av hospice i Malvik
- 14,3 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kvinnehelseforskning

Følgende tiltak fra saldert budsjett 2019 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2020:

- 178,6 mill. kroner til rettsmedisinske fag
- 168,5 mill. kroner knyttet til omlegging av arbeidsgiveravgift tidligere år, med uendret fordeling mellom de regionale helseforetakene
- 123,2 mill. kroner til Helseplattformen – tilskudd til kommunene
- 119 mill. kroner til drift av Kreftregisteret inkludert kvalitetssikring av Mammografiprogrammet
- 39,4 mill. kroner til nasjonalt senter for e-helseforskning
- 33,9 mill. kroner til medisinske undersøkelser i Statens barnehus
- 13,4 mill. kroner til bedre psykisk hjelp i barnevernet
- 10,6 mill. kroner til landsdekkende modell for organisering av rettspsykiatri
- 10,5 mill. kroner til anestesibemannede legebiler i Mjøsområdet og Grenlandsområdet
- 10,2 mill. kroner til tilskudd til sykestuene i Finnmark
- 6,5 mill. kroner til drift av Nye metoder
- 6,4 mill. kroner til å videreutvikle avansert hjemmesykehus for alvorlig syke barn i Helse Stavanger
- 4,1 mill. kroner til å videreutvikle avansert hjemmesykehus for barn i Helse Vest
- 4,7 mill. kroner til økt kunnskap om behandling av personer med skadelig bruk av doping
- 3,7 mill. kroner til oppfølging av barn og unge med identifisert narkolepsi som mulig følge av influensavaksinen Pandemrix
- 3,1 mill. kroner til Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang
- 2,1 mill. kroner til monitorering og kunnskaps-spredning av Raskere tilbake
- 1,7 mill. kroner til Nasjonal koordinerings-senhet for dom til behandling
- 1 mill. kroner til tematisk biobank for CFS/ME

Del 1 i spesialistutdanningen for leger og turnus-tjeneste for fysioterapeuter i sykehus

LIS1 (stillinger for leger i spesialisering) er starten på spesialistutdanningen for legene, med tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Stillingsutlysninger skjer sentralt gjennom egen søknadsportal etablert av Helsedirektoratet, mens tilsettingene gjøres lokalt i to årlige søknadsrunder. Antallet stillinger per søknadsrunde foreslås økt med 19 stillinger fra annet halvår 2020. Økningen innebærer 38 nye stillinger fra 2021, det gir i underkant av 1000 LIS1-stillinger totalt per år. De nye stillingene skal opprettes i Helse Nord. I 2018 var det over 2000 søkere. Helsedirektoratet publiserer statusrapport om utviklingen i søkere og søknader på de aktuelle stillingene to ganger i året.

Fysioterapeutenes turnustjeneste er seks måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. I 2018 var det behov for turnusplass til nær 290 kandidater, mens det i 2019 er behov for nær 340 plasser. For 2020 er det estimert et behov for om lag 330 plasser for fysioterapeuter.

Det ytes et årlig tilskudd per LIS1-/turnusplass på om lag 28 500 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private opptreningstinstitusjoner som det er inngått avtale med. Hoveddelen av kostnadene dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, post 72–75). Det årlige tilskuddet kommer i tillegg og skal kompensere for tilrettelegging, veiledning og supervisjon av kandidatene. Det foreslås et tilskudd på 46,8 mill. kroner i 2020 som fordeles mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2020.

Nasjonaltjeneste

For å understøtte etablering av Nasjonal behandlingstjeneste for pulmonal hypertensjon foreslås basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF økt med 1,8 mill. kroner. Den nye nasjonale tjenesten skal ha ansvar for utredning og behandling av pasienter med forhøyet blodtrykk i lungekretsløpet. Ubehandlet kan sykdommen og varianter av den føre til høyresidig hjertesvikt.

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Det foreslås å etablere et Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst. Formålet er å bidra til å utvikle og heve kvaliteten på kunnskapen om kvinnehelse og – sykdom, samt å overføre kunnskap tilbake til hele behandlingsskjeden. Det nasjonale senteret skal gjennomføre forskningsprosjekter, og sikre at helsepersonell får overført kunnskap fra slik forskning i sitt arbeid både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Nettverksbygging på tvers av fagfelt og regioner blir en fortsatt viktig del av forsknings-senterets oppgaver. Satsingen er i tråd med regjeringens seks punkter for bedre kvinnehelse, der forskning på kvinners helse er prioritert. Det foreslås samtidig å utvikle Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse fra 2020. Det foreslås å flytte 14,3 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 70 knyttet til årlig drift av Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, jf. omtale under kap. 732, post 78.

Nasjonalt program for screening av tarmkreft

Regjeringen vil innføre et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft, og programmet skal være landsdekkende innen 2024, jf. Prop. 1 S (2017–2018). Tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år. Screeningprogrammet skal baseres på undersøkelse av blod i avføringen (iFOBT) med gradvis overgang til kikkertundersøkelse av tarmen (koloskopi). For koloskopi gjøres undersøkelsen en gang i livet, mens for iFOBT gjøres undersøkelsen hvert annet år i en periode på 10 år.

Et pilotprosjekt har pågått i to helseforetak i Helse Sør-Øst i 2012–2019. Erfaringene fra piloten er brukt i planleggingen av hvordan et nasjonalt screeningprogram kan organiseres. Det ble i 2018 etablert et interregionalt prosjekt med en styringsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF.

Første invitasjon til deltakere i programmet vil etter planen sendes ut i slutten av 2020. Det var opprinnelig planlagt at første invitasjon skulle sendes ut i 2019. Forskyvningen skyldes blant annet arbeidet med planlegging og utviklingstid for IT-system for det nasjonale programmet. Dette vil etter Helse Sør-Øst sin vurdering ikke forlenge tiden før tilbudet vil bli landsdekkende.

Samlet foreslås det et tilskudd på 97,1 mill. kroner i 2020 til oppfølgingen av pilotprosjektet, investering og utvikling i IT-program, rekruttering av personell, skopiskole, investeringer i endo-

skopisentre mv. Tilskuddet økes fram til 2024 som følge av gradvis oppbygging nasjonalt.

Bjergvin fengsel

I forbindelse med budsjettet for 2019 ble det besluttet å etablere en avrusningsenhet ved Bjergvin fengsel. Formålet med avrusningsenheten er å kunne gi et avrusningstilbud i fengsel som vil kunne motivere den innsatte til å søke videre rusbehandling. Tilbudet kan på sikt bidra til å redusere rusmiddelbruk for den enkelte, legge til rette for bedre overgang fra soning til hjemkommune og videre rehabilitering ved å redusere faren for tilbakefall til rus og kriminalitet. Det vil gi gevinst for den enkelte, pårørende og samfunnet. Avrusningsenheten vil være ferdigstilt ved årsskiftet 2019/2020. For 2020 foreslås det et tilskudd på 5 mill. kroner.

Heroinassistert behandling

Helsedirektoratet har lagt frem et forslag til hvordan et femårig forsøk med heroinassistert behandling kan gjennomføres. Forslaget går ut på å etablere et tilbud i Oslo og i Bergen for opptil 300 opiatavhengige. Det legges opp til egne heroinklinikker i begge byene, med god helse- og sosialfaglig bemanning. Videre legges det opp til en følgeevaluering, for å kunne systematisere erfaringene og vinne ny kunnskap. Det foreslås 13,1 mill. kroner i 2020 til et forsøksprosjekt med heroinassistert behandling med oppstart andre halvår 2020. Av disse midlene skal 7,1 mill. kroner fordeles til Helse Sør-Øst og 3,5 mill. kroner fordeles til Helse Vest. De resterende 2,5 mill. kronene fordeles over kap. 734, post 21 til Helsedirektoratet for gjennomføring av et følgeforskningsprosjekt, jf. omtale under kap. 734, post 21.

Helseplattformen – tilskudd til kommunene

Det vises til omtale i Prop. 1 S (2018–2019) for Helse- og omsorgsdepartementet og i Prop. 114 S (2018–2019) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2019. Det foreslås en bevilgning på 123,2 mill. kroner i 2020 til kommunedelen, samt en lånebevilgning på 400 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF. Bystyret i Trondheim kommune vedtok 29. august 2019 at kommunen under visse forutsetninger vil utløse sin opsjon og gå inn som eier i selskapet Helseplattformen AS. Regjeringen vil komme tilbake til saken senest i revidert nasjonalbudsjett 2020.

Persontilpasset medisin

For å følge opp Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2017–2021), ble det gitt et tilskudd på 8 mill. kroner i 2017, 19,2 mill. kroner i 2018 og 25,7 mill. kroner i 2019. Tilskuddet finansierer oppbygging og drift av en nasjonal, anonym database over genetiske varianter hos norske pasienter. Midlene skal også understøtte relevant juridiske utredningsarbeid knyttet til databasen. Tilskuddet finansierer også det nasjonale nettverket for oppbygning av regional, tverrfaglig kompetanse om persontilpasset medisin i alle helseregionene. Nettverket skal også understøtte implementeringen av molekylær diagnostikk. Det foreslås å øke tilskuddet med 4,4 mill. kroner til 30,7 mill. kroner i 2020.

Post 71 Kvalitetsbasert finansiering

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene ble innført i 2014. Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet til de regionale helseforetakene gjøres avhengig av

måloppnåelse på utvalgte kvalitetsindikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Ordningen inkluderer resultatindikatorer, prosessindikatorer og brukererfæringsindikatorer. Resultatindikatorer (f.eks. overlevelsesrater for ulike pasientgrupper) gir mest direkte uttrykk for effekten av behandlingen på pasientens helse. Videre er det viktig å fange opp brukererfæringer i en kvalitetsbasert modell. Ved også å inkludere prosessindikatorer, som beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløpet (f.eks. ventetider og korridorpatienter), vil ordningen stimulere til atferdsendringer som kan måles på kort sikt. Høy måloppnåelse på disse indikatorene vil for mange pasienter oppleves som behandling av god kvalitet. En bred tilnærming gjør ordningen mer robust og reduserer risiko for uønskede tilpasninger. I modellen vektet resultatindikatorer med 50 pst., pasientopplevd kvalitet med 20 pst. og prosessindikatorer med 30 pst.

Helsedirektoratet publiserer årlig regelverk for ordningen. Fordelingen for 2020 følger av tabell 4.1.

Tabell 4.1 Fordeling av tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering (mill. kr)

	Fordeling 2020	Fordeling 2019	Endring fra 2019 til 2020	Endring fra 2019 til 2020 i pst.	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst	326,6	317,6	9,0	2,8%	20,6
Helse Vest	89,4	83,4	6,0	7,2%	-17,4
Helse Midt-Norge	79,7	94,4	-14,7	-15,5%	-1,6
Helse Nord	70,8	56,8	14,0	24,7%	-1,5
Sum	566,4	552,1	14,3	2,6%	0

Det er kun Helse Sør-Øst RHF som øker sine inntekter gjennom kvalitetsbasert finansiering i 2020, sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. De får 20,6 mill. kroner i økte inntekter. Tilsvarende får Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF hhv. 17,4, 1,6 og 1,5 mill. kroner i reduserte inntekter sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. Fordelingen av forbedringspoeng og beste plasseringspoeng til hver region er avhengig av prestasjonene til de andre regionene. Selv om en region forbedrer seg, kan en annen region ha forbedret seg mer, og ta poengene.

Post 72–75 Basisbevilgning til regionale helseforetak

Basisbevilgningen fra staten til de regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Det er etablert et inntektssystem som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst (post 72), Helse Vest (post 73), Helse Midt-Norge (post 74) og Helse Nord (post 75). Nedenfor følger forslag med bevilgningsmessige konsekvenser for basisbevilgningene samt oppdatering av inntektssystemet i 2020.

Aktivitetsvekst på om lag 1,5 pst.

Det foreslås å øke driftsbevilgningene til sykehusene i 2020 med 1 552 mill. kroner. Bevilgningsforslaget gir rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 1,5 pst. neste år fra anslått aktivitetsnivå i 2019.

Det er fortsatt mange pasienter som ikke møter til avtalt time. Dette medfører dårlig ressursutnyttelse og lengre ventetid for andre. Derfor foreslås det såkalte fraværsgjebret ved manglende fram møte til somatisk poliklinikk økt neste år. Det er lagt til grunn at de regionale helseforetakene disponerer 30 mill. kroner av antatt økte gebyrinntekter. Hensyntatt til de økte gebyrinntektene, er samlet ramme for økt aktivitetsvekst 1 582 mill. kroner.

Oppdaterte anslag for innsatsstyrt finansiering (ISF) og laboratorie- og radiologiske undersøkelser i 2019 tilsier at bevilgningene skal økes med 112 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett. Budsjettforslaget for 2020 tar utgangspunkt i det høyere bevilgningsbehovet i 2019. Bevilgningsforslaget tar videre hensyn til at pensjonskostnadene anslås 1,2 mrd. kroner høyere enn i saldert budsjett 2019. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,1 pst.

Innenfor den foreslåtte vekstrammen på 1 582 mill. kroner må de regionale helseforetakene dekke økte utgifter til forvaltning, drift og vedlikehold av nasjonale e-helseløsninger på til sammen 56 mill. kroner.

Foreslått vekstramme på 1 582 mill. kroner framkommer etter at det er gjort fratrukk for netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (179 mill. kroner) og underregulering av offentlige laboratorie- og røntgentakster (27 mill. kroner).

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen for de regionale helseforetakene gjennomføres i tråd med etablert praksis, jf. nærmere omtale under pkt. 2.39.

Fritt behandlingsvalg reformen ble innført i 2015. Ordningen omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt enkelte somatiske tjenester. Fra 2019 ble to rehabiliteringstjenester inkludert i ordningen, og Helsedirektoratet vurderer inkludering av flere rehabiliteringstjenester i ordningen fra 2020.

Den foreslåtte vekstrammen på 1 582 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,5 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2019. I tråd med etablert praksis fra 2008 er det da lagt til

grunn at den økte aktiviteten kan realiseres til 80 pst. av gjennomsnittlig behandlingstkostnad.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene, fritt behandlingsvalg og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2019, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2019. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer at den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,3 pst. i 2020.

For pasientbehandling som omfattes av ISF legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 pst. fra 2019 til 2020, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på 2,2 pst. neste år. Fra 2020 foreslås det å inkludere flere personellgrupper i ISF, samt telefonkonsultasjoner innenfor somatikk.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for enkelte legemiddelgrupper fra 1. september 2020. I denne sammenheng overføres det 145 mill. kroner, svarende til forventede utgifter for helseforetakene i 2020. Legemiddelgruppene som foreslås overført, er legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor terapiområdene ALS, jernoverskudd, Cushings syndrom og immunoglobuliner.

Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2020 med 942,6 mill. kroner med følgende fordeling:

- 508,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 178,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 135,4 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 120,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

Fritt behandlingsvalg

Fritt behandlingsvalg reformen ble innført i 2015 og er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Reformen består av tre elementer som gjensidig forsterker hverandre:

- En rett for pasientene til å velge seg til godkjente private aktører, om de har rett på behandling

- At mer ledig kapasitet hos private skal kjøpes gjennom anbud
- Fjerning av aktivitetstaket for offentlige sykehus

Ordningen omfatter døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt enkelte somatiske tjenester. Fra 2019 ble to rehabiliteringstjenester inkludert i ordningen, og Helsedirektoratet vurderer inklusjon av flere rehabiliteringstjenester i ordningen fra 2020. Siden innføring av ordningen i 2015 til første tertial 2019 har nesten 20 000 pasienter fått behandling gjennom ordningen. Det er om lag 50 godkjente private leverandører. I 2018 ble det utbetalt om lag 210 mill. kroner knyttet til pasientbehandling omfattet av ordningen. I første tertial 2019 ble det utbetalt om lag 90 mill. kroner.

Pensjon

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 13 000 mill. kroner. Dette er 1 200 mill. kroner høyere enn bevilgningsnivået for 2019, vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2018–2019). Økningen foreslås fordelt på følgende måte:

- 647 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 227 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 172 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 154 mill. kroner til kap. 732, post 75

Egenandeler

Egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinisk helsehjelp, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser foreslås økt med 6,85 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet økes fra 1. januar 2020. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli 2020, som svarer til en økning på vel 3,4 pst. for året under ett. Inntektene til de regionale helseforetakene skal ikke påvirkes som følge av forslag om å øke egenandelene under takordningene, og basisbevilgningene forelås redusert med 135,9 mill. kroner, fordelt på følgende måte:

- 73,3 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 25,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 19,5 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 17,4 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Gebyr for pasienter som ikke møter

Det er fortsatt mange pasienter som ikke møter til avtalt time. Dette medfører dårlig ressursutnyttelse og lengre ventetid for andre. Pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk konsultasjon ved sykehusene, og som ikke avbestiller timen senest 24 timer i forkant, kan avkreves et gebyr. Gebyret tilknyttet somatisk behandling foreslås fastsatt til et beløp tilsvarende tre ganger ordinær egenandel. Samlet sett innebærer økningen av gebyret en merinntekt for sykehusene tilsvarende 54,2 mill. kroner, hvorav 30 mill. kroner skal disponeres av de regionale helseforetakene. Basisbevilgningene reduseres med følgende fordeling:

- 13 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 4,6 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 3,5 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 3,1 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene

Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne tilstander og veksthormonforstyrrelser ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2019, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2018–2019). I 2020 vil helseforetakene få helsårskostnader knyttet til legemidlene. Det foreslås å flytte til sammen 120 mill. kroner fra folketrygdens kap. 2751, post 70 til hhv. kap. 732, postene 72–75 og kap. 732, post 80 som følge av dette. Av disse legges 96 mill. kroner på de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 51,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 18,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 13,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 12,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Legemidler til behandling av veksthormonforstyrrelser foreslås videre inkludert i ISF fra 2020, jf. nærmere omtale nedenfor.

Det foreslås i tillegg at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret for ytterligere legemidler i 2020, i tråd med målsetningen om at finansieringsansvaret for legemidler skal følge behandlingsansvaret. Det ble varslet i Prop. 114 S (2018–2019) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2019 at det tas sikte på å overføre finansieringsansvaret for flere legemiddelgrupper i årene 2020–2022, herunder bl.a. legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner og ved parenteral ernæring, legemidler som brukes ved komplikasjoner ved nyresvikt,

tromboseprofylakse ved kirurgi og transplantasjonsmedisin.

Helsedirektoratet har hatt på høring hvilke konkrete legemidler som skal omfattes av overføringen i nevnte tidsperiode. I 2020 foreslås følgende legemiddelgrupper overført til de regionale helseforetakene: Legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor terapiområdene ALS, jernoverskudd, Cushings syndrom og immunglobuliner. Legemidlene overføres fra 1. september 2020. Basert på innspill i høringen anses det ikke som aktuelt å overføre finansieringsansvaret for legemidler ved tromboseprofylakse til de regionale helseforetakene. Departementet vil komme tilbake med forslag til ev. ytterligere overføringer i budsjettprosessene for 2021 og 2022.

Som følge av forslaget omtalt ovenfor flyttes det til sammen 145 mill. kroner fra folketrygdens kap. 2751, post 70 til hhv. kap. 732, postene 72–75 og kap. 732, post 80, svarende til forventete utgifter for helseforetakene i 2020. Av disse legges 116 mill. kroner på de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 62,5 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 21,9 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 16,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 14,9 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det vises til omtale også under kap. 732, post 80 og kap. 2751, post 70.

Inkludering av legemiddelgrupper i ISF

Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormonforstyrrelser ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2019, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2018–2019). Legemidler til behandling av veksthormonforstyrrelser foreslås inkludert i ISF fra 2020. Legemidler til behandling av sjeldne tilstander inkluderes ikke i ISF fra 2020 og vil på samme måte som i 2019 finansieres av de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Det foreslås å flytte 74,9 mill. kroner til kap. 732, post 76 med følgende fordeling mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger:

- 40,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 14,2 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 10,8 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 9,6 mill. kroner fra kap. 732, post 75

ISF-sats for poliklinisk psykisk helsevern og TSB

I den del av ISF-ordningen som gjelder for somatisk pasientbehandling utgjør det aktivitetsbaserte tilskuddet om lag 50 pst. av finansieringen. Andelen aktivitetsbasert finansiering er lavere i den del av ISF-ordningen som gjelder for psykisk helsevern og TSB. Det ble varslet i Prop. 1 S (2016–2017) at det tas sikte på å øke denne andelen. For å øke andelen og også justere regelverket noe, foreslås det å flytte 200 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kap. 732, post 76 med følgende fordeling:

- 107,8 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 37,8 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 28,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 25,6 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Personellgrupper i ISF

Flere personellgrupper har de senere årene blitt inkludert i grunnlaget for ISF-refusjon innenfor utvalgte somatiske tjenesteområder. Innenfor poliklinisk psykisk helsevern og TSB er ISF-refusjon uavhengig av utførende personell. Etter innspill fra Helsedirektoratet foreslås det fra 2020 å inkludere i ISF all aktivitet for alle kategorier av personell som allerede inngår i ISF. Dette innebærer å godkjenne mer aktivitet for ni kategorier av personell, dvs. sykepleier, jordmor, audiograf, ergoterapeut, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, ortoptist og optiker, som i dag er godkjent for ISF-refusjon for utvalgte DRG-er. I tillegg foreslås det, etter innspill fra Helsedirektoratet, å utvide gruppen av utførende personell til å inkludere syv nye personellgrupper, dvs. stråleterapeuter, sosionomer, vernepleiere, pedagoger, barnevernspedagoger, logoped og genetikere. Forslagene vil bl.a. bidra til at finansieringen blir mer uavhengig av utførende personell når det er snakk om likeverdig tjenesteinnhold. Poliklinisk aktivitet som inkluderes i ISF vil på ordinær måte bli omfattet av egenandelsregelverket. Helse- og omsorgsdepartementet vil sende endringene i dette regelverket på offentlig høring.

Det foreslås å flytte til sammen 99,2 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til hhv. kap. 732, post 76, kap. 732, post 77 og kap. 2752, post 70. Midlene fordeler seg på følgende måte mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger:

- 53,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 18,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 14,3 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 12,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Det vises til omtale også under kap. 732, post 76, kap. 732, post 77 og kap. 2752, post 70.

Telefonkonsultasjoner og ISF

Basert på innspill fra Helsedirektoratet foreslås det at telefonkonsultasjoner innenfor somatikk inkluderes i ISF fra 2020. Telefonkonsultasjoner kan bidra til mer effektiv ressursbruk i helsetjenesten både for behandlere og pasienter og gi økt fleksibilitet. Aktivitetsutviklingen vil følges i de tertialvise ISF-analysene, og Helsedirektoratet vil vurdere risikoreduserende tiltak i ISF-regelverket for å håndtere ev. økonomisk risiko ved forslaget. Poliklinisk aktivitet som inkluderes i ISF vil på ordinær måte bli omfattet av egenandelsregelverket. Helse- og omsorgsdepartementet vil sende endringene i dette regelverket på offentlig høring.

Det foreslås å flytte til sammen 28,9 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til hhv. kap. 732, post 76, kap. 732, post 77 og kap. 2752, post 70. Midlene fordeler seg på følgende måte mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger:

- 15,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 5,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 4,2 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 3,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Det vises til omtale også under kap. 732, post 76, kap. 732, post 77 og kap. 2752, post 70.

Pasienter med nedsatt bevissthet pga. rusmiddelforgiftning

Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenesteni-våene. Spesifikke kriterier i ISF-regelverket må da være oppfylt, og under visse forhold kreves egen søknad. Helse Sør-Øst RHF har søkt om at pasientbehandling utført av Oslo kommune av pasienter med nedsatt bevissthet som følge av rusmiddelforgiftning skal omfattes av ISF. Søknaden er innvilget fra 2020, gitt at det inngås avtale om pasientbehandlingen. I dette ligger at ram-mene for aktiviteten er beskrevet og begrenset som spesialisthelsetjenester, samt at kravene til rapportering til NPR er ivaretatt. Det skal være etablert systemer som sikrer at aktiviteten ikke rapporteres dobbelt. Det flyttes 4,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72 til kap. 732, post 76. Det vises også til omtale på kap. 732, post 76 og kap. 2755, post 70.

ParkinsonNet

ParkinsonNet er utviklet i Nederland og modellen er prøvd ut i et pilotprosjekt i Rogaland og Oslo fra tidlig i 2018 til utgangen av 2019. Hjørnesteinen i ParkinsonNet er pasientens behov og pasientens egne ressurser. Pilotprosjektet er planlagt og utviklet i samarbeid med Norges Parkinsonforbund. ParkinsonNet skal gi ulike yrkesgrupper systematisk trening og økt kompetanse. Nettverket gir virkemidler for å arbeide tverrfaglig for å gi personer med Parkinsons sykdom og parkinsonisme best mulig tilbud og tjenester. Helsedirektoratet har vært prosjektleder. Norges Parkinsonforbund, Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser har deltatt, sammen med fysioterapeuter, leger og andre fagpersoner.

Prosjektet er evaluert og viser positive effekter for pasienter og fagpersoner som har deltatt.

Helsedirektoratet anbefaler en trinnvis utvidelse av ParkinsonNet til alle helseregioner. Direktoratet anbefaler en nasjonal koordineringsfunksjon og at kompetansen som er bygget opp i pilotprosjektet må sikres ved overgangen til alminnelig drift av ParkinsonNet i Norge.

De regionale helseforetakene overtar fra 1. januar 2020 ansvar for videre utvikling og drift av ParkinsonNet i Norge. Til ansvaret ligger også muligheten for å benytte ParkinsonNets arbeidsform til andre pasientgrupper med kronisk sykdom. For å få kunnskap om utvidelse til nye grupper må behov for følgeforskning vurderes. Kompetansen som er bygget opp i Helsedirektoratet og blant deltakerne i pilotprosjektet benyttes i videre arbeid.

I 2019 hadde pilotprosjektet et budsjett på 7 mill. kroner bevilget over kap. 733, post 21 og post 79. Det foreslås flyttet 7 mill. kroner i 2020 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 3,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,9 mill. kroner til kap. 732, post 75

Nasjonale e-helseløsninger

Det foreslås å flytte til sammen 76,9 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kap. 701, post 72 Nasjonale e-helseløsninger. Dette er samme beløp som i 2019 er overført til Direktoratet for e-helse gjennom avtaler. Midlene fordeler seg på følgende måte mellom de regionale helseforetakenes basisbevilgninger:

- 41,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 14,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 11 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 9,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Individuell tilskuddsordning til etter- og videreutdanning – psykisk helse

Det gis tilskudd på om lag 33 mill. kroner til institutter og foreninger som driver etter og videreutdanning innen psykisk helse over kap. 765, post 73. Ordningen er regulert i egen forskrift. Innbakt i ordningen ligger det en individuell tilskuddsordning på om lag 5 mill. kroner til etter- og videreutdanning som ikke er forskriftsfestet. Etter- og videreutdanning faller inn under de regionale helseforetakenes arbeidsgiveransvar. For å lede virksomheten må arbeidsgiver kunne vurdere og planlegge kompetansehevende tiltak og støtte til langvarige utdanninger for sine ansatte. Det foreslås derfor at midlene overføres til de regionale helseforetakene i tilknytning til deres generelle ansvar på området. Det foreslås at midler svarende til 5 mill. kroner overføres til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 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

International Horizon Scanning Initiative (IHSI)

Legemiddelverket skal sammen med Folkehelseinstituttet delta i det nyopprettede internasjonale samarbeidet rundt metodevarsling i regi av BeNeLuxA-landene. Norsk deltakelse i *International Horizon Scanning Initiative (IHSI)* skal avlaste nasjonale ressurser ved at ISHI-databasen kan brukes supplerende eller som erstatning til gjeldende kilder om nye legemidler og metoder på vei inn i markedet. Deltakelse skal finansieres gjennom rammebevilgningene og totalkostnadene, anslått til 3,8 mill. kroner per år, skal fordeles med likt beløp mellom de fire regionale helseforetakene, Legemiddelverket og Folkehelseinstituttet. IHSI-avtalen skal gjelde for inntil 5 år.

En vei inn

Gjennom prosjektet «En vei inn» etableres felles meldeportal for ulike meldeplikter. Målet er å gjøre det enklere å melde og å redusere underrapportering. En web-løsning for innmelding av hendelser ble tatt i bruk ved melding av bivirkninger

av legemidler i november 2018. I 2019 videreutvikles løsningen til å inkludere øvrige bivirkningsordninger (vaksiner, kosmetikk, kosthold), meldeordninger for medisinsk og elektromedisinsk utstyr, varselordningene til Helsetilsynet og Undersøkelseskommissjonen. «En vei inn» for disse meldeordningene skal driftes og forvaltes av Nasjonal tjenesteleverandør fra 2020. Det foreslås å flytte 2,4 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kap. 701, post 72 i 2020 med følgende fordeling:

- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Se nærmere omtale under kap. 781, post 21.

Intensivambulanse Stavanger

Det foreslås å flytte 270 000 kroner fra Justis- og beredskapsdepartementets kap. 454, post 45 til kap. 732, post 73. Midlene skal dekke driftsutgifter for en intensivambulanse i Stavanger, i tilknytning til de nye redningshelikoptrene.

Det tas sikte på å sette de første nye redningshelikoptrene i drift i 2020 og første base ut vil være Sola. Dagens landingsplass ved det nåværende Stavanger universitetssjukehus kan ikke benyttes for de nye redningshelikoptrene (AW101) og det finnes ikke egnede steder for etablering av midlertidig landingsplass ved universitetssykehuset uten at det må iverksettes store investeringer. Stavanger lufthavn Sola vil derfor benyttes som en midlertidig løsning frem til nytt sykehus i Stavanger står klart med egen helikopterlandingsplass. Løsningen forutsetter innkjøp og drift av en dedikert intensivambulanse. Innkjøp av ambulanse finansieres over kap. 454, post 45, mens driftsmidler anslått til 270 000 kroner årlig flyttes til Helse Vest RHF sin basisbevilgning på kap. 732, post 73.

Nasjonal forsterket fellesskapsavdeling ved Ila fengsel

Det foreslås 12 mill. kroner til Nasjonal forsterket fellesskapsavdeling for innsatte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Ved behandling av Prop. 1 S (2018–2019) for Justisdepartementet bevilget Stortinget midler til etablering av en nasjonal forsterket fellesskapsavdeling for innsatte med sterk aggressiv adferd og psykiske lidelser ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Midlene skal benyttes til helsefaglig bemanning med særlig kompetanse innen sikkerhetspsykiatri i Helse Sør-Øst RHF.

Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Ansvaret for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge RHF. Driften finansieres i dag over kap. 734, post 71, og stilles til disposisjon til Helse Midt-Norge RHF. Det foreslås å innføre en egenandel på 20 pst. for de regionale helseforetakene for å stimulere til økt kostnadskontroll. Systemomleggingen fullfinansieres tilsvarende anslag utgifter 2020 og 22,5 mill. kroner overføres til de fire regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Øvrige utgifter til ordningen finansieres fortsatt over kap. 734, post 71 og utbetales til Helse Midt-Norge RHF som fortsatt skal ha det økonomiske og faglige ansvaret for ordningen. Helse Midt-Norge RHF skal årlig fakturere de regionale helseforetakene for 20 pst. av utgiftene til pasienter basert på bostedsregion.

Dagens system 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 regionale 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 helsevern, rusbehandling og prehospitaltjenester. 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 2020 som vist i tabell 4.2.

Inntektssystemet for de regionale helseforetakene

Regjeringen har nedsatt et utvalg som vurderer dagens inntektssystem. Utvalget skal etter planen levere sin NOU innen 15. november 2019.

Tabell 4.2 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2019 og 2020

	Ressursbehovsindeks		Andel befolkning per		Fordelingsnøkkel ¹	
	2019	2020	1.1.2018	1.1.2019	2019	2020
Helse Sør-Øst RHF	96,8	96,8	0,5623	0,5635	0,5445	0,5454
Helse Vest RHF	91,2	91,4	0,2089	0,2083	0,1905	0,1904
Helse Midt-Norge RHF	104,5	104,4	0,1370	0,1369	0,1432	0,1429
Helse Nord RHF	132,7	132,9	0,0918	0,0913	0,1218	0,1213
Norge	100,0	100,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

¹ Fordelingsnøkkelen for inntektsgrunnlaget til regionale helseforetak. I tillegg kommer korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Endringer i fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene i 2020 skjer som følge av oppdatering av de ulike kriterieverdiene. Oppgaveendringer fra 2019 til 2020 vil også påvirke fordelingen. Tabell 4.3 viser de samlede endringene i 2020 etter pris- og lønnsjustering og oppgaveendring. Effekten av kapital- og gjestepasient-

oppgjør er innarbeidet. Sammenslåing av Hornindal kommune med Volda kommune fra 1. januar 2020 innebærer at midler tilsvarende 20,4 mill. kroner i tillegg er flyttet fra Helse Vest RHF til Helse Midt-Norge RHF. Dette er innarbeidet i tabell 4.3.

Tabell 4.3 Endring i basisbevilgning i 2020 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør

	I mill. kroner (andel av basisbevilgning)
Helse Sør-Øst RHF	94 (0,2%)
Helse Vest RHF	-47 (-0,2%)
Helse Midt-Norge RHF	-3 (0%)
Helse Nord RHF	-44 (-0,3%)
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 virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2018 og status 2019 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 56 113 mill. kroner i 2020.

Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2018 og status 2019 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 19 589 mill. kroner i 2020.

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 realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2018 og status 2019 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 14 916 mill. kroner i 2020.

Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2018 og status 2019 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 13 261 mill. kroner i 2020.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Videre skal ordningen stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. 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. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering. Arbeidet utføres i dialog med de regionale helseforetakene.

Det foreslås å flytte:

- 91,1 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 knyttet til inkludering av flere personellgrupper i innsatsstyrt finansiering fra 2020. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75, kap. 732, post 77 og kap. 2752, post 70.
- 16,6 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 knyttet til inkludering av telefonkonsultasjoner innenfor somatikk i innsatsstyrt finansiering fra 2020. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75, kap. 732, post 77 og kap. 2752, post 70.
- 74,9 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 knyttet til inkludering av legemidler i innsatsstyrt finansiering. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75.
- 1,2 mill. kroner fra kap. 732, post 77 knyttet til inkludering av terapeutisk blodtapping i innsatsstyrt finansiering. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 77.
- til sammen 37,2 mill. kroner fra kap. 732, post 77 og kap. 2711, post 76 knyttet til omlegging av refusjonssystemet for laboratorievirksomhet og fagområdet klinisk nevrofysiologi. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 77 og kap. 2711, post 76.

- til sammen 5,8 mill. kroner fra kap. 732, post 72 og kap. 2755, post 70 knyttet til pasientbehandling for pasienter med nedsatt bevissthet som følge av rusmiddelforgiftning. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75 og kap. 2755, post 70.
- 200 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75. Andelen aktivitetsbasert finansiering er lavere i den delen av ISF-ordningen som gjelder for psykisk helsevern og TSB. Det ble varslet i forslaget til statsbudsjett for 2017 at det tas sikte på å øke denne andelen. Det vises også til omtale under kap. 732, postene 72–75.
- 2,5 mill. kroner fra kap. 732, post 77 knyttet til endret aldersgrense egenandelsfritak innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 77.

Nærmere om ISF-ordningen

Innsatsstyrt finansiering (ISF) omfatter somatisk pasientbehandling, både innleggelser og poliklinisk utredning og behandling. I tillegg ble den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk

helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen fra 2017.

ISF er rett mot de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har egne modeller for fordeling av inntektene til det enkelte helseforetak, basert på lokal kunnskap om sykehus, pasientsammensetning og kostnadsstrukturen ved disse.

ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten. Det pågår utviklingsarbeid for at ordningen skal understøtte sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på. Fra 2020 gjøres ordningen mer nøytral med tanke på hvilke personellgrupper som kan utløse refusjon. Finansieringen bør i størst mulig grad være uavhengig av utførende personell når det er snakk om likeverdig tjenesteinnhold. Det foreslås videre at telefonkonsultasjoner innenfor somatikk inkluderes i ISF. Telefonkonsultasjoner kan bidra til mer effektiv ressursbruk i helsetjenesten både for behandlere og pasienter og gi økt fleksibilitet. Endringene skal ikke stimulere til økt aktivitet, men understøtte en mer arena-, teknologi- og helsepersonellnøytral ordning.

Boks 4.5 Diagnoserelaterte grupper (DRG), særtjenestegrupper (STG) og tjenesteforløpsgrupper (TFG)

DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. STG-systemet er etablert for å hensynta aktivitet som faller utenfor rammen av tradisjonelle konsultasjoner og innleggelser, som for eksempel pasientadministrert behandling og ulike former for avstandsoppfølging. Fra 2019 er det også etablert noen få tjenesteforløpsgrupper (TFG) i spesialisthelsetjenesten for utvalgte fagområder. Dette innebærer at aktiviteten måles og finansieres i et forløpsperspektiv. Det er i alt om lag 970 diagnose-relaterte grupper og 30 særtjenestegrupper. 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 9 000 prosedyre- eller tiltakskoder. Systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opp-

hold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt gruppe har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten.

Utbetaling gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- Antall behandlinger
- Gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- Enhetspris
- ISF-andel

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall ISF-poeng. Antallet ISF-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med tilhørende kostnadsvekt. Utbetalingene gjennom ISF skal baseres på reell aktivitet basert på rapportering av aktivitet til Norsk pasientregister (NPR). Helsedirektoratet forvalter ISF-ordningen og følger opp at endringene i ISF reflekterer faktisk aktivitetsutvikling i sektoren. Det kan justeres for utilsiktede endringer gjennom kontrollarbeid og gjennom justering av enhetsprisen.

Utviklingsarbeidet skal bidra til at finansieringsordningen avspeiler og understøtter medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan imidlertid komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Disse hensynene må veies mot hverandre. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig, og det vil ikke være mulig å være à jour til enhver tid.

Innsatsstyrt finansiering bygger på DRG-systemet, jf. boks 4.5. ISF-andelen er 50 pst. innenfor somatikken. Det innebærer at refusjonene er ment å dekke om lag 50 pst. av driftskostnadene knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. De øvrige kostnadene skal dekkes av de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, postene 72–75. Innenfor hver enkelt pasientgruppe kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon.

Regelverket for innsatsstyrt finansiering 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.

Regjeringen vil legge til rette for at lege- og psykologspesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister) skal være en fullverdig og integrert del av spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene utfører om lag 25 pst. av den samlede polikliniske aktiviteten og utgjør en stor og effektiv ressurs. Det er viktig at de forskjellige aktørene i helsetjenesten samarbeider. Det er derfor nå inngått samarbeidsavtaler mellom de fleste avtalespesialistene og helseforetakene. I Granavolden-plattformen står det bl.a. «At avtalespesialistene skal kunne rettighetsvurdere pasienter, delta i utdanning av nye spesialister og omfattes av innsatsstyrt finansiering.» Det ble varslet i forslaget til statsbudsjett for 2017 at det tas sikte på å gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av stortingsperioden. Det pågår arbeid med å starte pilotprosjekter i tilknytning til dette. Avtalespesialistenes rolle i forbindelse med utdanning av nye spesialister finner sin form i den nye spesialistutdanningen som trådte i kraft 1. mars inneværende år. Det tas sikte på å inkludere avtalespesialistene i ISF. Dette vil innebære en avvikling av dagens trygdetakstfinansiering av disse behandlingene. En slik endring vil legge til rette for at avta-

lespesialistene kan tas bedre hensyn til ved planlegging av tilbudet til pasientene. Dette vil være et større arbeid som bl.a. HelseDirektoratet og de regionale helseforetakene må utføre. Det vil være naturlig at Legeforeningen og Psykologforeningen trekkes inn i arbeidet.

Nærmere om poliklinisk psykisk helsevern og TSB

ISF-ordningen ble fra 2017 utvidet til også å omfatte polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB.

I den del av ISF-ordningen som gjelder for somatisk pasientbehandling utgjør det aktivitetsbaserte tilskuddet om lag 50 pst. av finansieringen. Andelen aktivitetsbasert finansiering er lavere i den del av ISF-ordningen som gjelder for psykisk helsevern og TSB. Det ble varslet i Prop. 1 S (2016–2017) at det tas sikte på å øke denne andelen. For å øke andelen og også justere regelverket noe, foreslås det å flytte 200 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger til kap. 732, post 76.

ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB vil også i 2019 holdes atskilt fra den øvrige delen (somatikk), ved at det blir forskjellige enhetspriser for de to delene av systemet.

Resultat 2018

I saldert budsjett 2018 ble det lagt til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,6 pst. i sykehusene fra 2017 til 2018, med utgangspunkt i anslag for 2017 basert på aktivitetstall per første tertial. Endelig aktivitet i 2017 ble noe lavere enn forutsatt. Dette innebærer at saldert budsjett 2018 ga rom for en aktivitetsvekst i sykehusene fra 2017 til 2018 på 1,9 pst.

Analysene for 2018 tilsier at det er utbetalt 262 mill. kroner for mye for 2018-aktiviteten, utover det som ble lagt til grunn i Prop. 25 S (2018–2019). Faktisk aktivitet i 2018 viser om lag 0,3 pst. lavere vekst enn lagt til grunn i saldert budsjett, dvs. en reell aktivitetsvekst i 2018 på om lag 1,6 pst.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2018 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2019, inkludert ev. justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget. Ev. mer- eller mindreutgifter i 2018 vil på vanlig måte bli motregnet mot a-kontoutbetalingene til de regionale helseforetakene for 2019.

Status 2019

Saldert budsjett 2019 legger til rette for et aktivitetsnivå som ligger om lag 1,6 pst. over anslått nivå for 2018, basert på aktivitet per første tertial 2018. Hensyntatt endringer i aktivitet i 2018 fra tidligere anslått gir saldert budsjett 2019 rom for en aktivitetsvekst på om lag 1,5 pst. Prognose for 2019 basert på aktivitetstall per første tertial indikerer en faktisk vekst på om lag 1,9 pst. i 2019. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til bevilgningsmessige konsekvenser av anslått aktivitet 2019 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2019 etter at ny informasjon om aktivitetstall for første og andre tertial 2019 foreligger.

Fra 2019 ble det innført en prøveordning i ISF, hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene. Aktivitet per første tertial 2019 tilsier at refusjonene som følge av registreringer i kvalitetsregistre blir lavere enn forutsatt i 2019. Tallene per første tertial kan imidlertid være påvirket av at det er første år prøveordningen er i drift.

Mål 2020

For 2020 foreslås det bevilget 39 961 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2020 som ligger om lag 1,4 pst. over anslått nivå for 2019, basert på aktivitet per første tertial 2019. Enhetsprisen for somatiske fagområder foreslås satt til 45 808 kroner, mens enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foreslås satt til 3 160 kroner. I forslaget er det hensyntatt 189,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dette innebærer at enhetsprisene er redusert med 0,5 pst.

Ved fastsettelse av enhetsprisen for somatikk er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2019 blir opprettholdt på samme nivå som ISF-regelverket for 2019. Fra 2020 opphører praksis med i forkant å underregulere enhetsprisen i ISF for å ta høyde for endret registreringspraksis. Det legges fortsatt til grunn at enhetsprisen skal justeres i fm. årsavregning dersom aktivitetsgrunnlaget avviker fra det som er lagt til grunn ved fastsettelse av ISF-regelverket. Ev. endring i kodepraksis forutsettes ivaretatt gjennom Helsedirektoratets ordinære kontrollarbeid, herunder også arbeidet i avregningsutvalget.

Prioriteringsutvalget (NOU 2014: 12)

Vedtak nr. 471, 13. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014: 12) og evaluere hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:49 S (2017–2018), jf. Innst. 111 S (2017–2018).

Etter departementets vurdering vil en ev. evaluering som forsøker å svare på hva slags effekter innsatsstyrt finansiering (ISF) har hatt på prioriteringsbeslutninger, ha begrenset betydning for videreutviklingen av ordningen. Det skyldes at det allerede pågår et betydelig utviklingsarbeid for å forbedre finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten. Det gjøres endringer i ISF for at ordningen bedre skal understøtte ønsket utvikling av tjenesten. Videreutviklingen av ISF dreier seg bl.a. om å legge til rette for mer helhetlige pasientforløp og bruk av ny teknologi. Endringer i ISF framover vil påvirke insentivstrukturen i ordningen. Kostnadsvektene i ISF-ordningen beregnes i tillegg på en mer presis måte fra 2018, med bruk av «kostnad per pasient»-data. Regjeringen har videre nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere modellen for inntektsfordeling mellom regionene. Utvalget skal etter planen levere sin innstilling i november 2019.

På nåværende tidspunkt vil det derfor ikke igangsettes en egen evaluering av hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.

Post 77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser

Bevilgningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene radiologi og laboratorievirksomheter. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår også. For 2020 foreslås det bevilget 3 146 mill. kroner, tilsvarende en vekst på om lag 2,2 pst. fra anslag for 2019.

For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med om lag 27 mill. kroner utover ABE-reformen. Refusjonssatsene for radiologi og laboratorievirksomhet øker i gjennomsnitt med 1,6 pst. neste år.

Det foreslås å flytte:

- 36 mill. kroner fra kap. 732, post 77 til kap. 732, post 76 for å inkludere fagområdet klinisk nevrofysiologi i ISF-ordningen fra 2020.
- 1,2 mill. kroner fra kap. 732, post 77 til kap. 732, post 76 for å inkludere terapeutisk blodtapping i ISF-ordningen fra 2020.
- 2,5 mill. kroner fra kap. 732, post 77 til kap. 732, post 76 i forbindelse med aldersgrense for egenandelsfritak for pasientbehandling ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam.
- 4 mill. kroner til kap. 732, post 77 fra kap. 732, post 72–75 i forbindelse med utvidelse av hvilke personellgrupper som kan kreve egenandel ved poliklinisk helsehjelp i sykehusene og i forbindelse med at det skal kunne kreves egenandel for telefonkonsultasjoner. Det vises til omtale på kap. 732, post 72–75.

Finansieringssystemet for laboratorieanalyser ble lagt om fra 2018. Ikke alle fagområder og prosedyrer var omfattet av omleggingen. Fra 2020 overføres klinisk nevrofysiologi og terapeutisk blodtapping til ISF-ordningen, jf. kap. 732, post 76. Nåværende refusjonstakster for disse områdene vil utvikles. Det tas sikte på å inkludere patologi i det nye refusjonssystemet fra 2021.

I 2019 ble det innført økt aldersgrense for egenandelsfritak for pasientbehandling ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam. I denne forbindelse ble posten styrket med 2,5 mill. kroner. Midlene flyttes til kap. 732, post 76 fordi det er der refusjonen av disse egenandelene regnskapsføres.

Status 2019

Refusjonssatsene for radiologi og laboratorievirkosomhet økte i gjennomsnitt med 1,4 pst. fra 1. januar 2019. I saldert budsjett 2019 ble det samlet sett lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 2,9 pst. utover anslått nivå i 2018 på posten. Dette var basert på regnskapstall per juni 2018, jf. Prop. 1 S (2018–2019). Basert på regnskapstall for perioden januar til juni 2019, er samlede utbetalinger i 2019 anslått til 3 070 mill. kroner. Dette er om lag 50 mill. kroner lavere enn saldert budsjett 2019.

Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås å flytte:

- 14,3 mill. kroner til kap. 732, post 70 til opprettelse av nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning skal være et økonomisk bidrag og insentiv for forskning i helseforetakene. Alle helseforetak skal ha forskning integrert i pasientbehandling og sin virksomhet. Basisdelen (30 pst.) fordeles likt. Den resultatbaserte delen (70 pst.) fordeles etter et gjeldende gjennomsnitt av forskningsresultater de siste tre år.
- Program for klinisk behandlingsforskning eies og følges opp av de fire regionale helseforetakene og skal imøtekomme behovet for større nasjonale kliniske studier som svarer på identifiserte kunnskapsbehov i tjenesten.
- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester skal gi et økonomisk bidrag til drift av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å utvikle og heve kvaliteten på de leverte tjenestene i hele utrednings- og behandlingsforløpet.

Resultat 2018

Samlet bevilgning var 1 170,1 mill. kroner i 2018. Tilskudd til forskning utgjorde 693,6 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 476,5 mill. kroner, herunder 211,3 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

Status 2019

Forskning

Tilskudd til forskning i helseregionene utgjør 723,7 mill. kroner i 2019. Dette inkluderer 139,2 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning. Årlige målinger av forskningsaktiviteten i helseforetakene ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av tilskuddet. Cristin brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Indikatorene som inngår i poengbergingen er publiserte artikler, avlagte doktorgrader og uttelling for tildelinger av midler fra EU og Norges forskningsråd. For å sikre bedre datakvalitet på ny indikator for kliniske behandlingsstudier foreslås det at denne indikatoren først gir en omfordeling av det resultatbaserte til-

skuddet fra og med statsbudsjett for 2021, basert på tall fra 2017, 2018 og 2019. For utdypende

omtale av forskningsaktivitet og resultater for 2018, se del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.4 Gjennomsnittlig tre-årige beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak

Gjennomsnitt	2016–2018	2015–2017	2014–2016
Helse Sør-Øst RHF	62,7	63	62,6
Helse Vest RHF	18,7	18,8	18,9
Helse Midt-Norge RHF	10,9	10,5	10,4
Helse Nord RHF	7,7	7,8	8,1

Nasjonale kompetansetjenester

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 490,4 mill. kroner i 2019, herunder 217,4 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 54,7 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord. Det er i alt godkjent 54 nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i 2019 etter forskrift.

Forskning

Det foreslås et tilskudd på 743,3 mill. kroner til forskning i 2020. Det inkluderer 143,0 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK). Tilskuddet til programmet fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene.

Mål 2020

Det foreslås bevilget 1 234,4 mill. kroner i 2020. I forslaget er det tatt hensyn til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

Tabell 4.5 Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten

	Basis (30 %)	Resultat (70 %)	Sum
Helse Sør-Øst RHF	45,0	263,5	308,5
Helse Vest RHF	45,0	78,6	123,6
Helse Midt-Norge RHF	45,0	45,8	90,8
Helse Nord RHF	45,0	32,4	77,4
Totalt	180,0	420,3	600,3

Nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås 491,2 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 223,3 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 56,2 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord.

Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse foreslås avvirket fra 2020. Aktiviteten videreføres gjennom etableringen av Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst. Det foreslås å flytte 14,3 mill. kroner fra tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i Helse Sør-Øst til kap. 732, post 70 til videre drift av senteret. Det vises til omtale i kap. 732, post 70.

Tabell 4.6 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	341,7 ¹
Helse Vest RHF	35,9
Helse Midt-Norge RHF	39,8
Helse Nord RHF	73,8
Sum	491,2

¹ inkl. flytting av 14,3 mill. kroner til kap 732, post 70 ifm. avvikling av Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse

Post 80 Kompensasjon for merverdiavgift

Bevilgningen dekker kompensasjon for merverdiavgift til de regionale helseforetakene. Bevilgningen på posten skal dekke utbetaling av seks etterskuddsvise kompensasjonskrav i budsjettåret. Som følge av at utbetalt kompensasjon i 2018 ble 70 mill. kroner høyere enn anslått på posten, må bevilgningen for 2020 økes tilsvarende. I tillegg kommer prisjustering av bevilgningen med 2 pst.

De regionale helseforetakene fikk overført ansvaret for flere legemidler fra folketrygden fra 1. februar 2019. Helårseffekten er beregnet til 120 mill. kroner i budsjett 2020. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetakene bevilges deler av midlene som overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene, svarende til 24 mill. kroner, på kap. 732, post 80.

Det foreslås at de regionale helseforetakene får overført finansieringsansvaret fra folketrygden for flere legemiddelgrupper fra 1. september 2020. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetakene bevilges deler av midlene som overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene, svarende til 29 mill. kroner, på kap. 732, post 80.

Det foreslås en aktivitetsvekst på om lag 1,5 pst. fra anslått nivå i 2019. Som følge av ordningen med nøytral merverdiavgift må deler av veksten bevilges på kap. 732, post 80. Det foreslås at 82,1 mill. kroner av økningen bevilges på kap. 732, post 80. Det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75.

Post 81 Protonsenter

Bevilgningen dekker tilskudd til etablering av protonbehandling på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus og på Haukeland universitetssykehus ved Helse Bergen.

Ved Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018) ble tilskuddsrammen fastsatt til henholdsvis 567 mill. 2018-kroner for prosjektet ved Radiumhospitalet og 389 mill. 2018-kroner for prosjektet ved Haukeland. Tilskuddsrammen utgjør 30 pst. av forventede kostnader i prosjektene. Det er i 2019 utbetalt 96,7 mill. kroner med en fordeling på hhv. 59,7 og 37 mill. kroner til prosjektene i Oslo og Bergen.

Helse Sør-Øst RHF har gjort en fornyet vurdering av kapasitetsbehovet for senteret på Radiumhospitalet og har vedtatt å skalere ned prosjektet med ett behandlingsrom. Dette gir en lavere forventet investeringskostnad på 180 mill. 2018-kroner (p85). Tilskuddsdelen utgjør 30 pst., og det foreslås på den bakgrunn at tilskuddsrammen til senteret på Radiumhospitalet reduseres med 54 mill. kroner fra 567 mill. 2018-kroner til 513 mill. 2018-kroner. Lånerammen til prosjektet foreslås tilsvarende redusert med 126 mill. 2018-kroner, fra 1 324 mill. 2018-kroner til 1 198 mill. kroner. For 2020 er mindrebehovet til sammen 140 mill. kroner, fordelt med 98 mill. kroner i investeringslån og 42 mill. kroner i tilskudd. Det foreslås derfor å nedjustere tilskuddet til prosjektet i 2020 med 42 mill. kroner.

Det foreslås bevilget til sammen 26 mill. kroner på posten i 2020. Tilskuddet fordeles med 2 mill. kroner til prosjektet på Radiumhospitalet og 24 mill. kroner til prosjektet på Haukeland.

Post 82 Investeringslån

Bevilgningen dekker investeringslån som staten gir de regionale helseforetakene til investeringer på over 500 mill. kroner. Det kan gis lån på inntil 70 pst. av estimert kostnad etter konseptnivå. De regionale helseforetakene kan kun ta opp lån gjennom denne låneordningen.

Lån i 2018

I 2018 ble det totalt bevilget 2 890,5 mill. kroner og utbetalt 2 767,5 mill. kroner i lån til investeringsformål til de regionale helseforetakene. Alle helseregioner har investeringsprosjekter innenfor

låneordningen. Helse Sør-Øst valgte å ikke oppta 123 mill. kroner av tildelt låneramme som følge av lavere framdrift enn tidligere forventet. Dette gjelder klinikkbygg på Radiumhospitalet og regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus.

Tabell 4.7 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2018 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kr)

	Lånesaldo per 31.12.17	Låne- opptak 2018	Påløpte opptreks- renter 2018 jf. kap. 3732, post 83	Innbetalte avdrag 2017 jf. kap. 3732, post 85, og 90	Lånesaldo per 31.12.18
Helse Sør-Øst RHF	8 718,7	1 399,0	22,8	546,4	9 594,0
Helse Vest RHF	2 686,8	878,9	7,0	164,5	3 408,2
Helse Midt-Norge RHF	2 786,3	220,0	0,3	244,1	2 762,4
Helse Nord RHF	3 586,6	269,7	8,8	160,9	3 704,1
Sum	17 778,4	2 767,6	38,9	1 116,0	19 468,7

Ved inngangen til 2019 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene om lag 19,5 mrd. kroner. Av dette er 15,2 mrd. kroner omgjort til langsiktige lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 4,3 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Saldert budsjett for 2019 utgjør 5 212,38 mill. kroner. Bevilgningen sikrer fortsatt framdrift av vedtatte investeringsprosjekter.

Nytt psykiatribygg ved Sykehuset i Vestfold er ferdigstilt og tatt i bruk i 2019.

Budsjettforslag 2020

Det foreslås en bevilgning på 5 782,76 mill. kroner i 2020. Det foreslås igangsatt ett nytt investeringsprosjekt i 2020, som gjelder lån til Nye Oslo universitetssykehus.

I tillegg foreslås det å utvide lånerammen til nytt sykehus i Stavanger med 60 mill. 2020-kroner knyttet til universitetsarealer for Universitetet i Stavanger.

Når det gjelder etablering av regional sikkerhetsavdeling på Ila ved Oslo universitetssykehus, tas det sikte på å fremme forslag om låneramme til prosjektet i statsbudsjettet for 2021, dersom tomtespørsmålet er avklart.

Nye Oslo universitetssykehus – utbygging på Aker og Gaustad

Det foreslås at det i budsjettet for 2020 vedtas en låneramme til bygging av Nye Oslo universitetssykehus på Aker og Gaustad. Utredningene har nå pågått i en 10-års periode. Rammene for den videre utviklingen av Oslo universitetssykehus ble vedtatt i foretaksmøte i juni 2016. Den videre utbyggingen skulle skje på Aker, Gaustad og Radiumhospitalet. Det er fra 2017 gjennomført en konseptfaseutredning med utgangspunkt i de vedtatte rammene. Styret i Helse Sør-Øst behandlet 31. januar 2019 konseptfasen, og vedtok å søke om lån til prosjektet i statsbudsjettet for 2020. Oppdatert konseptrapport ble vedtatt i styremøtet 20. juni 2019.

Oslo universitetssykehus har lokalsykehusfunksjoner for deler av Oslos befolkning, er regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale behandlingsfunksjoner for innbyggerne i hele landet. Oslo universitetssykehus deler lokalsykehusansvaret for befolkningen i Oslo med de private ideelle sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Deler av befolkningen i Oslo får i dag sykehus tjenester fra Akershus universitetssykehus, men ansvaret skal tilbakeføres til Oslo universitetssykehus. Ansvaret og oppgavene til Lovisenberg og Diakonhjemmet skal videreutvikles gjennom nye og flere oppgaver.

Nye Oslo universitetssykehus vil innebære at det etableres et nytt stort akuttstusykehus på Aker som integrerer somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette vil gi et helhetlig tilbud til befolkningen som vil tilhøre Aker. I tillegg samles regionsykehusfunksjonene og nasjonale behandlingsfunksjoner på regionssykehuset på Gaustad og på Radiumhospitalet. Regionsykehuset på Gaustad vil ha lokalsykehusfunksjoner for flere bydeler i Oslo. Radiumhospitalet skal utvikles videre som et spesialisert kreftsykehus. Det pågår allerede arbeid i forbindelse med utbygging av et protonsentor og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet jf. Prop. 85 S (2017–2018) og Prop. 1 S (2018–2019).

Aker sykehus vil få lokalsykehusansvar for bydelene Alna og Bjerke sammen med to andre bydeler i etappe 1. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil lokalsykehusansvaret omfatte flere bydeler, inkludert Grorud og Stovner hvor ansvaret overføres fra Akershus universitetssykehus til Aker sykehus fra etappe 1. Lokalsykehusansvaret for somatiske tjenester for Aker sykehus skal siden utvides med bydelene Grorud og Stovner i etappe 2. På denne måten bygges kapasiteten på Aker sykehus opp trinnvis slik at sykehuset kan overta befolkningsansvar fra Akershus universitetssykehus etter hvert som Akershus universitetssykehus har behov for denne kapasiteten for å ivareta veksten i befolkningen i Akershus. Den endelige bydelsfordelingen skal avklares nærmere i samarbeid med Oslo kommune.

Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus har i sine investeringsanalyser vist at det er samling av de spesialiserte funksjonene (nasjonale og regionale behandlingstjenester) som gir prosjektet økonomisk bærekraft. Utbygging av Aker sykehus alene er ikke økonomisk bærekraftig. Siden det er langt mer ny bygningsmasse på Gaustad enn på Ullevål blir det samlet sett dyrere å bygge ut på Ullevål enn på Gaustad. Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst har et helhetlig ansvar for investeringer og drift, og må ta hensyn til prosjektets samlede kostnader. Prosjektet innebærer som øvrige investeringsprosjekter krav til framtidige driftseffektiviseringer. Ekstern kvalitetssikrer påpeker at Helse Sør-Øst har en robust samlet økonomisk bæreevne.

Regulering av de aktuelle tomtene har vært et sentralt tema. Utviklingen av reguleringsplan for Aker og Gaustad følger opptrukne retningslinjer fra Oslo kommune. Det er oppgitt at det er god dialog med Oslo kommune som reguleringsmyndighet og vernemyndighetene og det pågår til-

pasninger av prosjektet. Det er verifisert at det også er plass til en etappe 2 på Gaustadtomten. Det er skissert at utbyggingsbehovet i etappe 2 på Gaustad vil være begrenset. Dette henger sammen med at innholdet i etappe 1 er økt, samtidig som utviklingen tilsier at flere funksjoner vil kunne desentraliseres til andre sykehus i Oslo, øvrige helseforetak i regionen og andre regionssykehus. Det foreligger allerede slike planer i Helse Sør-Øst for kreftbehandling og trombekтоми.

Det er gjort en rekke tilpasninger i prosjektet, blant annet som følge av innspill fra ansatte og Oslo kommune, fram til endelig behandling av konseptfasen. Blant annet har det vært viktig å få bygget ut på Aker for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i etappe 1, da bygningsmassen innen disse områdene er blant de aller dårligste. Det er også gjort nye kapasitetsberegninger innen disse fagområdene. Videre er fagområdene barnemedisin, fødselshjelp og gynekologi inkludert i første etappe og driftskonseptene for fagområdene traume- og akuttmedisin, fødselshjelp, nyfødtintensiv og kreft er gjennomgått. I tillegg er lokalsykehusfunksjonene på Gaustad økt i volum for å understøtte akuttmedisin og traumevirksomheten. Den faglige fordelingen av akuttmedisin og akuttkirurgi mellom Aker og Gaustad vil bli ytterligere konkretisert og kvalitetssikret. Dette arbeidet skal også ha interregional og internasjonal deltakelse.

Det er etablert brukerutvalg både på regionalt nivå og i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Brukerutvalgene både i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst har vært tydelige på at de støtter dagens planer og at det haster med å komme i gang med videre utvikling av Oslo universitetssykehus av hensyn til pasientene. Støtten fra brukerutvalgene både lokalt og på regionnivå må ses som et uttrykk for den kvalitetshevingen for pasientene som utbyggingen forventes å gi.

Det har vært uenighet innad i organisasjonen om de planene som nå foreligger. Tillitsvalgte har vært bekymret for om kapasitet og kvalitet sikres i prosjektet. Legeforeningen og Fagforbundet har ønsket at alternativ lokalisering skal utredes, at man skal se på null-alternativet på nytt og at man må se videre på gjennomføringsrisiko og andre uavklarte forhold. Sykepleierforbundet støtter samling av spesialiserte funksjoner, men mener at Oslo universitetssykehus bør videreutvikles på Rikshospitalet og Ullevål, i tillegg til Radiumhospitalet. Samtidig har styret i Helse Sør-Øst tidligere gjort enstemmig vedtak om rammene for utviklingen som planene bygger på. Styrene i både Oslo

Boks 4.6 Nye Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus er et av landets fire regionsykehus og et av landets seks universitetssykehus. Det er landets største helseforetak med nasjonale og regionale behandlingstjenester og lokalsykehusfunksjoner for deler av Oslo.

Det nye Oslo universitetssykehus innebærer bygging av et nytt stort akuttsykehus på Aker, et samlet og komplett regionsykehus på Gaustad og videre utbygging av Radiumhospitalet som et spesialisert kreftsykehus. Det er allerede i gang prosjekter ved Radiumhospitalet med utbygging av nytt klinikkbygg og proton-senter. Oppgavedelingen mellom Radiumhospitalet, regionsykehuset på Gaustad og det store akuttsykehuset på Aker vil gi pasienter én dør inn og et helhetlig tilbud for pasienter med sammensatte behov.

De ideelle sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus er en viktig del av sykehusstilbudet til befolkningen i Oslo. Disse sykehusene skal videreutvikles gjennom nye og flere oppgaver samtidig som det nye Oslo universitetssykehus utvikles.

Det nye akuttsykehuset på Aker skal overta behandlingsansvaret for de bydelene i Groruddalen som i dag får tilbud på Akershus universitetssykehus. Sykehuset skal også ha lokalsykehusfunksjoner for flere av Oslos øvrige bydeler. Nye Aker sykehus blir et av landets største akuttsykehus der innbyggerne får et samlet spesialisthelsetjenestetilbud med psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk. I dag er tilbudet spredt på mange steder i og utenfor Oslo.

De spesialiserte funksjonene skal samles i regionsykehuset på Gaustad. Regionsykehuset skal også være lokalsykehus for flere bydeler i Oslo. Samling av regionale og nasjonale behandlingfunksjoner vil gi bedre samhandling, høyere kvalitet på behandlingen og bedre grunnlag for forskning og innovasjon. Kompetansen vil bli benyttet bedre ved en samling av de spesialiserte oppgavene, slik at veksten i behov for helsepersonell i Oslo blir lavere enn den ellers ville ha blitt. Dette kommer resten av regionen og landet til gode.

Oslo universitetssykehus er en viktig utdanningsarena for leger, sykepleiere og en rekke andre profesjoner. I de nye sykehusarealene på Aker og Gaustad skal det bygges moderne forsknings- og undervisningsarealer. I tillegg er det planlagt integrerte arealer for forskning og undervisning i de kliniske områdene. Universitetet i Oslo og OsloMet – storbyuniversitetet deltar i arbeidet.

Oslo universitetssykehus skal være et senter for fagutvikling, forskning og innovasjon i regionen, og innen noen områder også nasjonalt. Sykehuset skal være en sentral drivkraft for samarbeid mellom sykehusene i Helse Sør-Øst, og bidra til å sikre kompetanse i alle deler av nettverket av sykehus i regionen. Dette kan legge grunnlag for at flere spesialiserte funksjoner kan desentraliseres når det er hensiktsmessig.

Det nye Oslo universitetssykehus handler ikke bare om bygninger. Det handler om å legge til rette for å utvikle tjenestene. Prosjektet gir nye medisinske og teknologiske muligheter. Nytt utstyr, moderne lokaler, nye organisatoriske og digitale løsninger vil komme både sykehuset og pasientene til gode.

Prosjektet går nå inn i forprosjekteringsfasen og skal detaljplanlegges. Samtidig skal det gjennomføres en omfattende organisasjonsutvikling. Dette vil kreve mye av ansatte og ledelse. Det er viktig at fagmiljøene bidrar og lyttes til i arbeidet med å utvikle nye Oslo universitetssykehus. Dette skal bli et godt sykehus for pasienter og brukere, og en god arbeidsplass for ansatte. Det må legges opp til bred medvirkning og dialog mellom pasienter, brukere, pårørende, ansatte og ledelsen ved sykehuset, slik at man sammen kan utvikle gode løsninger og arbeidsmetoder før de nye byggene tas i bruk.

Dette er et stort utviklings- og byggeprosjekt der mange aktører i og utenfor helsetjenesten kommer til å bidra. Det er viktig at Oslo universitetssykehus legger til rette for et godt samarbeid med partnere som Oslo kommune, utdanningsinstitusjoner, næringslivet, sykehusene i regionen og i landet for øvrig. Sammen med pasienter og ansatte skal disse aktørene være med på å utvikle det nye Oslo universitetssykehus.

universitetssykehus og Helse Sør-Øst har enstemmig godkjent oppstart av konseptfase.

Planarbeidet er gjennomført i dialog med Oslo kommune. I høringsrunden til idéfasen for Oslo universitetssykehus i 2014 pekte Oslo kommune på Aker som et alternativ til Ullevål som lokalisering av lokalsykehuset. I januar 2016 anbefalte byrådet i Oslo den utbyggingsmodellen som senere samme år ble vedtatt av helseministeren i foretaksmøte med utbygging på Aker, Gaustad og Radiumhospitalet. Også i 2018 støttet Oslo kommune den utbyggingsløsningen som nå foreligger i sitt høringssvar til regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst. I bystyrets vedtak i forbindelse med høringen fremgår det også at reguleringsprosessen for utbygging av Aker og Gaustad er under behandling i Oslo kommune og at behandlingen er gitt prioritet. Oslo kommune har også vært representert i styringsgruppen for prosjektet. Oslo kommune har i tråd med de foreliggende planene startet å rive gamle bygg på Aker sykehus som forberedelse til å bygge ny Storbylegevakt på Aker. Byggestart er satt til januar 2020.

Universitetet i Oslo har som en viktig samarbeidspartner for Oslo universitetssykehus også deltatt i styringsgruppen for prosjektet og støtter prosjektet som nå foreligger. Universitetet i Oslo er i gang med Livsvitenskapsbygget, som bygges vis-a-vis det nye sykehuset på Gaustad. I utbyggingsene som nå foreslås inngår arealer til Universitetet i Oslo både på Aker og Gaustad.

Stortinget har vært orientert gjennom budsjettproposisjonene og gjennom svar på spørsmål fra enkeltrepresentanter, representantforslag, interpellasjoner og høringer.

Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus har vist at det er et stort og berettiget behov for nye bygg både for pasienter, brukere og ansatte ved Oslo universitetssykehus. Det må kunne legges til grunn at videre utvikling av Nye Oslo universitetssykehus skjer på en god måte med god involvering og gode prosesser mellom ledelse og ansatte. Det foreslås derfor at det fastsettes en låneramme på 29 073 mill. 2020-kroner, med en bevilgning på 100 mill. kroner i 2020, til prosjektet. Av den totale lånerammen gjelder 1 988 mill. kroner lån til universitetsarealer ved både Aker og Gaustad. Dette tilsvarer 100 pst. av kostnadsestimat (P85-nivå) for universitetsarealene, i tråd med prinsipper for finansiering av universitetsarealer i sykehus beskrevet i Prop. 1 S (2017–2018) for Helse- og omsorgsdepartementet. For spesialisthelsetjenestens del av prosjektet tilsvarer lånerammen 70 pst. av kostnadsestimat etter konseptfase (P85-nivå).

Investeringslån til de regionale helseforetakene skal i utgangspunktet utbetales i takt med den faktiske aktiviteten i prosjektet. Helse Sør-Øst RHF har opparbeidet seg en solid likviditetsreserve og vil kunne være i stand til å benytte en høyere andel egenkapital ved oppstarten av utbyggingsene ved Oslo universitetssykehus. Regjeringen vil vurdere utbetalingsprofilen for investeringslånet til Nye Oslo universitetssykehus i forbindelse med statsbudsjettet for 2021.

Prosjektet omfatter utbyggingen i etappe 1 som er planlagt gjennomført i perioden 2020–2031. Salg av Ullevål tomten er hensyntatt i vurderingen av den langsiktige bæreevnen til Oslo universitetssykehus. Det er lagt til grunn at salg av Ullevål tomten vil finne sted på et senere tidspunkt, og at salget vil finansiere utbyggingen i etappe 2.

Utbygging av arealer for Universitetet i Stavanger ved nytt sykehus i Stavanger

Det foreslås å utvide lånerammen til nytt sykehus i Stavanger med 60 mill. 2020-kroner knyttet til universitetsarealer for Universitetet i Stavanger (UiS), i tråd med gjeldende prinsipper for finansiering av universitetsarealer i sykehus. Helse Stavanger har avtale med UiS om utplasseringspraksis for bachelorstudenter i sykepleie, i tillegg til studenter ved ulike masterløp. Helse Stavanger har også forpliktet seg ovenfor UiS til å ta imot andre helsefagstudenter i praksis i tillegg til ovennevnte. Universitetet i Stavanger vil fra 2019 også ha nye studieretninger innen jordmor (master) og paramedic (bachelor). Det foreslås en bevilgning på 30 mill. kroner i 2020.

Protonbehandling i Norge

Lån til protonsentere ved Haukeland universitetssykehus og Radiumhospitalet ble vedtatt med en øvre låneramme på hhv. 907 mill. 2018-kroner og 1 324 mill. 2018-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018). Det vises til omtalen under post 81 om nedskalering av prosjektet ved Radiumhospitalet, som gir en forventet reduksjon i investeringskostnaden med 180 mill. 2018-kroner. Lånerammen til prosjektet på Radiumhospitalet foreslås redusert med 126 mill. 2018-kroner, fra 1 324 mill. 2018-kroner til 1 198 mill. 2018-kroner. For 2020 er mindrebehovet til prosjektet på Radiumhospitalet til sammen 140 mill. kroner, fordelt med 98 mill. kroner i investeringslån og 42 mill. kroner i tilskudd.

Tabell 4.8 Investeringsslån 2018–2020

Prosjekt	Låneramme	Bevilgning 2018	Bevilgning 2019	Forslag 2020
Nye Oslo universitetssykehus	29 073 mill. 2020-kr			100,00
Helseplattformen			465,00	400,00
Nytt sykehus i Narvik	1 716 mill. 2019-kr		118,00	139,00
Nytt sykehus i Hammerfest	1 893 mill. 2019-kr		38,00	173,00
Protonsenter Haukeland	907 mill. 2018-kr		100,00	56,00
Protonsenter Radiumhospitalet	1 198 mill. 2018-kr		163,00	70,00
Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2 713 mill. 2018-kr	90,00	305,00	570,00
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal	3 554 mill. 2018-kr	220,00	217,00	420,00
Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus	1 350 mill. 2018-kr	50,00	154,00	625,00
Nytt sykehus i Drammen	8 460 mill. 2017-kr	425,00	1 270,00	480,00
Nytt sykehus i Stavanger	5 930 mill. 2017-kr	264,90	700,00	1 430,00
Nytt sykehus i Stavanger – universitetsarealer UiB	53 mill. 2019-kr			28,00
Nytt sykehus i Stavanger – universitetsarealer UiS	60 mill. 2020-kr			30,00
Oppgradering og modernisering i Helse Førde	1 125 mill. 2017-kr	150,00	124,00	174,41
Oppgradering av sentralblokk på Haukeland universitetssjukehus	370 mill. 2017-kr	94,00	100,00	102,35
Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus	567 mill. 2017-kr	160,00	260,00	
Vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus	1 300 mill. 2016-kr	334,00	367,08	
Byggetrinn II av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus	2 084 mill. 2014-kr	320,00	391,30	340,00
Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold	1 870 mill. 2014-kr	480,00	440,00	645,00
A-fløya ved Universitetssykehuset Nord-Norge	455 mill. 2012-kr	59,42		
PET-senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge	375 mill. 2015-kr	63,45		
Modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø	1 328 mill. 2008-kr	146,79		
Forprosjektering regional sikkerhets- avdeling ved OUS		33,00		
Sum		2 890,56	5 212,38	5 782,76

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2018–2019) og Innst. 11 S (2018–2019) ble bevilgningen for 2019 redusert fra 437 til 154 mill. kroner til utbyggingen og moderniseringen av Haugesund sjukehus, mens den ble redusert fra 260 til 124 mill. kroner til oppgraderingen og moderniseringen i Helse Førde.

Helseplattformen

Det vises til omtale i Prop. 1 (2018–2019) for Helse- og omsorgsdepartementet og i Prop. 114 S (2018–2019) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2019. Det foreslås en bevilgning på 123,2 mill. kroner i 2020 til kommunedelen, samt en lånebevilgning på 400 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF. Bystyret i Trondheim kommune vedtok 29. august 2019 at kommunen under visse forutsetninger vil utløse sin opsjon og gå inn som eier i selskapet Helseplattformen AS. Regjeringen vil komme tilbake til saken senest i revidert nasjonalbudsjett 2020.

Nytt sykehus i Kirkenes ved Finnmarkssykehuset, A-fløya og PET-senteret ved Universitets-sykehuset Nord-Norge ble ferdigstilt og tatt i bruk i 2018.

Post 83 Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008

I perioden fram til ferdigstillelse av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt låneporteføljene til de regionale helseforetakene. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartements budsjett (kap. 5605, post 84). I 2018 utgjorde opptreksrenter på denne posten 38,9 mill. kroner.

Post 86 Driftskreditter

Bevilgningen på posten benyttes til å håndtere svingninger i forholdet mellom pensjonskostnader og -premier. Det foreslås en bevilgning på 4 459 mill. kroner i 2020.

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 rammen mellom de regionale helseforetakene. Driftskredittrammene fordeles på samme måte som basisbevilgningen. 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 pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Hvis pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden, blir likviditet tilført gjennom økt

tilførsel av driftskreditt. Hvis pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden, blir overskuddslikviditet trukket inn gjennom krav til nedbetaling av driftskreditt. Dersom det skjer betydelige endringer i pensjonskostnaden som ikke helseforetakene selv har kunnet påvirke, vurderes det i det enkelte tilfelle om det skal gjøres endringer i basisbevilgningene til helseforetakene.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2018

Helseforetakenes samlede ramme for driftskreditt var per 1. januar 2018 på 26 mill. kroner. Ved behandling av Prop. 1 S (2017–2018) ble det lagt til grunn en samlet pensjonskostnad på 12 900 mill. kroner og pensjonspremier på 16 300 mill. kroner. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjorde dermed 3 400 mill. kroner, som ble foreslått håndtert hovedsakelig gjennom bruk av helseforetakenes premiefond. Det ble lagt opp til at helseforetakene skulle benytte 2 842 mill. kroner fra premiefondet til premiebetaling i 2018. Den delen av pensjonspremien som betales ved midler fra premiefond belastes ikke med arbeidsgiveravgift, noe som reduserte likviditetsbelastningen med 401 mill. kroner. Det resterende likviditetsbehovet på 157 mill. kroner ble foreslått dekket gjennom en tilsvarende økning av driftskredittrammen som dermed ble justert opp til 183 mill. kroner.

Endelige beregninger av pensjonskostnaden for 2018 viste en pensjonskostnad på 11 800 mill. kroner. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2018 ble derfor basisbevilgningen til de regionale helseforetakene redusert med 1 100 mill. kroner. Redusert lønnsvekstanslag i forhold til forutsetningene lagt til grunn i saldert budsjett 2018 ga videre en reduksjon i anslåtte pensjonspremier med 600 mill. kroner til 15 700 mill. kroner. Den samlede likviditetsmessige effekten av redusert basisramme som følge av redusert pensjonskostnad og noe redusert pensjonspremie grunnet redusert lønnsvekstanslag, ga et økt likviditetsbehov på 500 mill. kroner. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018) ble derfor driftskredittrammen til de regionale helseforetakene økt med 500 mill. kroner til 683 mill. kroner.

Oppdatert informasjon høsten 2018 viste at pensjonspremien for 2018 ble på 16 150 mill. kroner inklusive arbeidsgiveravgift (eksklusiv vedtatt bruk av premiefond tilsvarende 2 842 mill. kroner). Det nye anslaget innebar en økning i pensjonspremien på om lag 450 mill. kroner inklusive

arbeidsgiveravgift i forhold til nivået lagt til grunn for håndteringen vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 85 S (2017–2018). Gjennom Stortingets behandling av Prop. 25 S (2018–2019) ble det vedtatt at det økte likviditetsbehovet skulle håndteres gjennom en tilsvarende økning av de regionale helseforetakenes driftskredittramme. Samlet driftskredittramme ved utgangen av 2018 ble dermed justert opp til 1 133 mill. kroner.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2019

Saldert budsjett for 2019 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for helseforetakene på 11 800 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift og pensjonspremier på 16 850 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Anslag for pensjonspremie for 2019 ble utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 3,25 pst. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjorde 5 050 mill. kroner i saldert budsjett, som ble håndtert dels gjennom bruk av helseforetakenes premiefond og dels gjennom økning av driftskredittrammen. Det ble lagt opp til at helseforetakene skulle benytte 1 482 mill. kroner fra premiefondet til premiebetaling i 2019. Den delen av pensjonspremien som betales fra premiefond er unntatt fra arbeidsgiveravgift, noe som reduserte likviditetsbelastningen med 209 mill. kroner. Det resterende likviditetsbehovet på 3 359 mill. kroner ble dekket gjennom en tilsvarende økning av driftskredittrammen. Ny ramme for driftskredit ble derfor justert fra 1 133 mill. kroner til 4 492 mill. kroner.

Oppdaterte beregninger fra pensjonsleverandørene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett ga et nytt anslag for pensjonskostnaden i 2019 på 13 000 mill. kroner, som er 1 200 mill. kroner høyere enn forutsatt i saldert budsjett. Dette skyldtes hovedsakelig endringer i de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for beregning av pensjonskostnaden, mindre pensjonsmidler enn forutsatt grunnet uventet svak avkastning i finansmarkedet høsten 2018 og noe økende befolkning. På denne bakgrunn ble basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økt med 1 200 mill. kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018–2019) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2019. Driftskredittrammen til de regionale helseforetakene ble samtidig redusert tilsvarende, fra 4 492 mill. kroner til 3 292 mill. kroner.

Endelig informasjon om nivået på pensjonspremie 2019 vil først være kjent høsten 2019. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer.

I 2018 vedtok Stortinget nye samordningsregler for offentlig tjenestepensjon og i vårsesjonen 2019 vedtok Stortinget endringer i lov om Statens pensjonskasse med virkning fra 1. januar 2020. Regnskapsmessig vil virkningene av dette trolig måtte hensyntas i regnskapene for helseforetakene i 2019. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer som følge av dette.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med private ideelle institusjoner som årlig mottar oppdrags-/bestillerdokument fra de regionale helseforetakene. Endringer i disse institusjonenes pensjonskostnader som følge av forhold de selv i liten grad kan påvirke, håndteres som hovedregel på linje med helseforetakene. Imidlertid fikk disse virksomhetene beholde hele den positive regnskapsmessige effekten i 2014 av at levealdersjustering var blitt innført for offentlige tjenestepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Økte pensjonskostnader i årene etter 2014 vil for disse virksomhetene måtte sees i sammenheng med den positive resultateffekten dette forholdet medførte i 2014. Per 2019 begynner enkelte av de private ideelle institusjonene å nærme seg en samlet årlig kostnadsøkning som er større enn den positive resultateffekten fra 2014. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer for Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF som følge av dette. Dette må også sees opp mot håndtering av og størrelsen på eventuelle regnskapsmessige effekter av de nevnte lovendringene vedtatt i 2018 og 2019.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2020

Budsjettforslaget for 2020 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for helseforetakene på 13 000 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift og pensjonspremier på 18 600 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Anslag for pensjonspremie for 2019 er utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 3,6 pst. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 5 600 mill. kroner, som foreslås håndtert dels gjennom bruk av premiefond og dels gjennom økning av driftskreditrammen. Det legges opp til at helseforetakene skal benytte 1 000 mill. kroner fra premiefondet til premiebetaling i 2020. Ved bruk av premiefond for å betale pensjonspremier svares det ikke arbeidsgiveravgift, og likviditetsbehovet reduseres følgende med 141 mill. kroner. Det resterende likviditetsbehovet på 4 459 mill. kroner foreslås dekket gjennom en tilsvarende økning av driftskredit-

trammen. Med vedtatte endringer for 2019 i de regionale helseforetakenes driftskredittramme, innebærer dette en driftskredittramme ved utgangen av 2020 på 7 751 mill. kroner.

Endelig informasjon om nivået på pensjonskostnad i 2020 vil tidligst være kjent ultimo januar 2020, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2020. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle endringer.

Tabell 4.9 Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kroner)

	Årsslutt 2017	Prop. 1 S (2017– 2018)	Prop. 85 S (2017– 2018)	Prop. 25 S (2018– 2019)	Prop. 1 S (2018– 2019)	Prop. 114 S (2018– 2019)	Prop. 1 S (2019– 2020)
1. Anslått pensjonskostnad		12 900	11 800	11 800	11 800	13 000	13 000
2. Anslått pensjonspremie		16 300	15 700	16 150	16 850	16 850	18 600
3. Benyttet premiefond		2 842	2 842	2 842	1 482	1 482	1 000
4. Arbeidsgiveravgifteffekt		401	401	401	209	209	141
5. Endring i driftskredittramme		157	500	450	3 359	-1 200	4 459
6. Endring driftskreditt gjennom året (2–1–3–4)		157	657	1 107	3 359	2 159	4 459
7. Samlet driftskredittramme	26	183	683	1 133	4 492	3 292	7 751

Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
80	Renter på investeringslån	280 504	264 000	264 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	483 794	525 000	580 000
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	632 265	632 000	632 000
	Sum kap. 3732	1 396 563	1 421 000	1 476 000

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2018 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 280,5 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

Tabell 4.10 Oversikt over innbetalte renter i 2018 fordelt på regionale helseforetak (mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	136,7
Helse Vest RHF	22,5
Helse Midt-Norge RHF	79,8
Helse Nord RHF	41,5
Sum	280,5

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 2018 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 1 116 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 f.o.m. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. I 2018 utgjorde avdrag på denne posten 483,8 mill. kroner.

Post 90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp før 2008. Avdrag på denne posten utgjorde 632,2 mill. kroner i 2018.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	20 606	16 842	12 755
70	Behandlingsreiser til utlandet	126 504	134 454	134 432
72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	2 498	1 245	1 245
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	2 000	6 341	3 340
	Sum kap. 0733	151 608	158 882	151 772

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 7 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 733, post 21 og 79 til kap. 732, postene 72–75 knyttet til ParkinsonNet

Det er et mål i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering at tjenestene skal styrkes og være koordinerte, tverrfaglige og målrettede og tilbys og ytes nærmest mulig brukers vante miljø. 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, unge og voksne med medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne. For å styrke det samlede tilbudet til barn, unge og voksne med habiliterings- og rehabiliteringsbehov, og samtidig sikre kontinuitet i tilbudet, er ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten et godt virke-

middel og arbeidsform. Omfanget av denne arbeidsformen bør økes og bruk av videoteknologi/telemedisin bør videreutvikles. I regelverket for innsatsstyrt finansiering er det opprettet en nasjonal særkode for registrering av ambulant virksomhet.

Det er behov for at pasienter/brukere med behov for tverrfaglige og koordinerte tjenester i større grad sikres gode forløp, herunder livsløpsoverganger hvor overgang fra ungdom til voksen er krevende for mange. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene om at helseforetakene utvikler rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste. Noen helseforetak har udekkede behov i habiliteringstjenestene for barn og voksne med sammensatte funksjonsnedsettelse, f.eks. bistand til barn med kroniske sykdommer og funksjonshemninger, og det er behov for å styrke den medisinske kompetansen i tjenestene.

Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator legges til grunn for utvikling av faglig gode tjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det arbeides med å utvikle kvalitetsindikatorer for lettere å kunne følge med på variasjon og kvalitetsutvikling innen habilitering og rehabilitering.

I Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017–2019 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å innføre et verktøy (spørreskjema) i spesialisthelsetjenesten for registrering av pasientenes funksjonsnivå, uavhengig av diagnose. Det er i dag manglende nasjonal kunnskap om effekt av tjenestene som ytes. Høsten 2019 startet pilotering av et felles elektronisk verktøy der pasienten gir tilbakemelding om egen helse gjennom rehabiliteringsoppholdet. Løsningen planlegges innført nasjonalt i 2020. Dataene samles i et sentralt register, og vil kunne danne grunnlag for utvikling av nye nasjonale kvalitetsindikatorer for å følge med på variasjon og kvalitetsutvikling. Løsningen er tilrettelagt for å kunne utvides til å inkludere data fra kommunehelsetjenesten og andre måleverktøy. Pasientene vil da kunne følges gjennom hele behandlings- og rehabiliteringsforløpet

Helsedirektoratet arbeider med en samlet plan for oppfølging av hjernehelsestrategien 2018–2024, som særlig handler om ansvaret som påligger helse- og omsorgstjenestene i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Det er etablert et partnerskap under ledelse av Helsedirektoratet, med representasjon fra brukerorganisasjoner, Hjernerådet, de regionale helseforetakene og kommunene.

Revidert retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag ble lagt fram i 2017.

Det er også utarbeidet pakkeforløp for behandlingen av hjerneslag. Andre del, «Pakkeforløp hjerneslag fase 2- rehabilitering» vil bli iverksatt høsten 2019.

Brukere av rehabiliteringstjenester har fra 2017 fått større valgfrihet. Alle pasienter som har rett til rehabilitering kan fritt velge mellom offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Rehabilitering ble i 2019 tatt med i godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg. To rehabiliteringstjenester ble tatt inn i i ordningen i 2019 og flere tjenester vurderes inkludert i ordningen i 2020.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med bevilgningen er å stimulere til utvikling av gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester og få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av fagfeltet. Dette skjer bl.a. gjennom prosjekter som skal styrke fagutvikling og kompetanse og øke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil prøve ut nye modeller for bedre behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Helsedirektoratet har ansvaret for pilotprosjektet ParkinsonNet, som blir prøvd ut i Rogaland og Oslo, i nært samarbeid med pasientorganisasjonen Norges Parkinsonforbund. Prosjektet er evaluert og Helsedirektoratet anbefaler en videreføring av modellen for pasienter med parkinson. Modellen kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper med behov for støtte til å leve med og mestre sin kroniske sykdom. De regionale helseforetakene vil få ansvaret for videre arbeid med ParkinsonNet. Prosjektet hadde i 2019 et budsjett på 7 mill. kroner bevilget over kap. 733, post 21 og post 79. Midler tilsvarende 7 mill. kroner foreslås overført til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger i 2020, jf. omtale under kap. 732, postene 72–75.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til behandlingstilbud i Norge. Formålet med tilbudet er å gi bedret funksjon og livskvalitet for pasientgruppene som omfattes av ordningen, samt redusere symptomer forårsaket av sykdommen. Ordningen innebærer diagnosespesifikke behandlingstilbud i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal oppfylle faglige krav og gi dokumentert nytte. Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF har det faglige og administrative ansvaret for ordningen. Egenandelen for pasienter er omfattet av egenandelstak 2. I 2018 fikk 2373 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 194 ledsagere.

Post 72 Kjøp av opptrening mv.

Livsstilsprosjektet ved Feiringklinikken har som formål å bygge opp og spre kunnskap om forebygging av hjerte- og karsykdommer gjennom samhandling og livsstilsendring. Prosjektet avsluttes med endelige analyser og sluttrapport i 2020.

Post 79 Andre tilskudd

Det ble i budsjettet for 2017 omprioritert 13,7 mill. kroner til kap. 732, postene 72–75 for å etablere et behandlingstilbud i alle helseregioner til barn med ervervet hjerneskade. Det skal iverksettes behandlingslinjer i alle regioner. Arbeidet med å utarbeide nye behandlingslinjer er slutført og skal iverksettes i alle regioner. Forløpene skal omfatte tidligrehabilitering i sykehus og samarbeid med hjemkommune om videre rehabilitering, inkludert pedagogisk tilbud.

Rehabiliteringstilbud til ryggmargsskadde

Camp Spinal er et tiltak i regi av Sunnaasstiftelsen, som i flere år har gitt rehabiliteringstilbud til ryggmargsskadde. Det arrangeres årlig motivasjons- og treningsleire for ryggmargsskadde som har pådratt seg en alvorlig skade og har fått varig funksjonsnedsettelse. Idrett og annen aktivitet er virkemidler som gir økt selvstendighet, integritet og et innholdsrikt liv. Det foreslås et tilskudd på 1,25 mill. kroner til Sunnaasstiftelsen i 2019 til dette formålet.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	66 498	71 349	72 707
21	Spesielle driftsutgifter	13 737	35 993	57 335
70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	1 503	2 784	2 873
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	107 374	85 612	89 841
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	15 677	13 141	13 138
	Sum kap. 0734	204 789	208 879	235 894

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 24 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 734, post 71 for å styrke ordningen med tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede
- 22,5 mill. kroner flyttet fra kap. 734, post 71 til kap. 732, postene 72–75, knyttet til omlegging av finansiering av tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede
- 19 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 734, post 21, for å styrke tilbudet behandlingstilbudet til dømt for seksuelle overgrep

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser er omtalt under kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, kap. 732 Regionale helseforetak og del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Kapitlet dekker også drift av landets kontrollkommissjoner i psykisk helsevern, utgifter til hjemhenting av psykisk syke i utlandet og tilskudd til drift av fagenheten for tvungen

omsorg som drives av Helse Midt-Norge. Utvikling av pakkeforløp er finansiert over kap. 781.

Anmodningsvedtak

Helsetjenestetilbud til volds- og overgrepssatte
Vedtaket nr. 615, 25. april 2017

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for et mer teambasert helsetjenestetilbud for å sikre tilstrekkelig kompetanse i møte med volds- og overgrepssatte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst.247 S (2016–2017).

Som ledd i å øke kompetansen og styrke behandlingstilbudet til volds- og overgrepssatte ønsker regjeringen å tilrettelegge for en bedre organisering av hjelpetilbudet. Regjeringen vil legge til rette for et mer teambasert helsetjenestetilbud til volds- og overgrepssatte, slik det framgår av Prop. 12 S (2016–2017).

Fra 2019 er «Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne» og «Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling» implementert i tjenestene. Pakkeforløp igangsettes når en pasient henvender seg til helse- og omsorgstjenesten (for eksempel kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastlege, spesialist, annen henviser). I første samtale er det anbefalt å spørre om vold, overgrep og andre traumatisk erfaringer. I tillegg skal behovet for umiddelbare tiltak og eventuelt behov for kriseplan vurderes. For voldsutsatte vil det også være aktuelt å planlegge sikkerhetstiltak. Hvis pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken, skal deres behov også vurderes. Det vises til nærmere omtale av pakkeforløpene under kap. 781.

Behandlingstilbud for overgrepsoferte

Vedtak nr. 619, 25. april 2017

«Stortinget ber regjeringen videreføre arbeidet med å utvikle behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep, slik at de som trenger behandling, får det.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

I tråd med Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), vil regjeringen følge opp anmodningsvedtaket gjennom å videreføre arbeidet med å utvikle behandlingstilbud for personer som er dømt for seksuelle overgrep. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet, i samarbeid med Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus, Kriminalomsorgen region sør og Helse Sør-Øst, siden 2015 utviklet et nytt, helhetlig behandlingsopplegg for personer dømt for seksuelle overgrep (BASIS-prosjektet). Prosjektet ble avsluttet i juni 2019 samtidig som planleggingen av et landsdekkende tilbud ble igangsatt, jf. tidligere budsjettvedtak og anbefaling fra prosjektets sluttrapport. Tilbudet er planlagt å være i drift i 2020.

Spesialisthelsetjenesten – bearbeide traumer

Vedtak nr. 934, 14. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen sikre alle barn som er utsatt for menneskehandel, tilgang til spesialist-

helsetjenesten slik at de raskt kan få hjelp til å bearbeide traumer.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:100 S (2016–2017), jf. Innst. 397 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp bl.a. gjennom Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) og regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2016). De fem regionale ressursentrene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har som en av sine oppgaver å bidra til kompetanseheving i helsesektoren knyttet til traumer, vold og overgrep, flyktningehelse og tvungen migrasjon. Det holdes jevnlig møter og konferanser om menneskehandel med relevante aktører på området. Bl.a. vil det høsten 2019 arrangeres et fagseminar i regi av RVTS Øst hvor nye digitale ressurser blir introdusert: Undervisningsfilmer med case basert på virkelige hendelser, og en nettportal om menneskehandel rettet spesifikt mot helse- og sosialarbeidere.

Mødre/foreldre med rusavhengighet

Vedtak nr. 632, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen gi mødre/foreldre med utfordringer knyttet til rusavhengighet tilbud om oppfølging og utredning.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:29 S (2017–2018), jf. Innst. 215 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom de seks pakkeforløpene som fra 1. januar 2019 ble innført for psykisk helse og rus. Videre vil Helsedirektoratet i løpet av høsten 2019 utarbeide et eget pakkeforløp for gravide og rus. I tillegg vil Helsedirektoratet i løpet av høsten 2019 utgi en revidert nasjonal retningslinje for gravide i LAR. Det vises til nærmere omtale av pakkeforløpene under kap. 781.

Nasjonal overdosestrategi

Vedtak nr. 636, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen innarbeide tiltak mot overdoser med sterke smertestillende medikamenter i ny nasjonal overdosestrategi.»

Vedtaket ble truffet i Stortingets behandling av Dokument 8:76 S (2017–2018), jf. Innst. 216 S (2017–2018).

Helsedirektoratets nye 4-årige nasjonale overdosestrategi ble lansert av helseministeren 18. mars 2019. I denne strategien inngår også vurde-

ring av nye tiltak for å forebygge overdoser med sterke smertestillende medikamenter.

Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtak nr. 840, 5. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme tiltak som sikrer at ettervern blir en integrert del av behandlingstilbudet for pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Dokument 8:174 S (2017–2018), jf. Innst. 348 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom arbeidet med Opptappingsplanen for rusfeltet. Opptappingsplanen medfører styrking av de kommunale tjenestene til rusavhengige nettopp for å bedre følge opp mennesker som har vært i rusbehandling. Videre har de seks første pakkeforløpene innenfor psykisk helse og rus blitt innført fra 2019. Behovet for oppfølging og tjenester etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten kan være svært variert, og det er derfor viktig at det er enkeltpasientens behov som står i sentrum. Innføringen av pakkeforløp medfører også at alle skal ha en koordinator som skal bistå den enkelte i gjennomføringen av pakkeforløpet. Det er også et mål å øke bruken av individuell plan for å sikre koordinert og samordnet hjelp på pasientens premisser. Det vises til nærmere omtale av pakkeforløpene under kap. 781.

Behandling av ruslidelse

Vedtak nr. 841, 5. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at tilbydere av døgntilbud innen tværfaglig spesialisert behandling av ruslidelse får et tydeligere ansvar for et forpliktende samarbeid med hjemkommunene om ettervern. Det skal alltid utarbeides en individuell plan for oppfølging etter behandling. Oppfølgingen skal ha mål om tilbakeføring til ordinært arbeidsliv, utdanning eller annen aktivitet, og en forpliktende plan for dette må være på plass før utskrivelse.»

Vedtaket ble truffet i Stortingets behandling av Dokument 8:179 S (2017–2018), jf. Innst. 345 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp i Helsedirektoratets utarbeidelse av pakkeforløp innen rus og

psykisk helse. Fra 1. januar 2019 ble de første pakkeforløpene innen psykisk helse og rus publisert og de første pasientene innen disse to pasientgruppene kunne henvises til pakkeforløp. De overordnede målene for pakkeforløpene er økt brukermidvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp, å unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Innføringen av pakkeforløp også innen psykisk helse og rus er et helt sentralt virkemiddel for å oppnå regjeringens mål om å skape pasientens helsetjeneste. Det vises til nærmere omtale av pakkeforløpene under kap. 781.

Pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser

Vedtak nr. 843, 5. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen vurdere en ny finansieringsnøkkel for å sikre en tilstrekkelig og sikker finansiering av ettervernet av personer med ruslidelser både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet i Stortingets behandling av Dokument 8:179 S (2017–2018), jf. Innst. 345 S (2017–2018).

Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtaket ved å innføre pakkeforløp innen psykisk helse og rus der også oppfølging etter behandling inngår. De første seks pakkeforløpene på disse områdene ble innført 1. januar 2019. Det vises til nærmere omtale av pakkeforløpene under kap. 781.

Behandling for familier med alkoholproblem

Vedtak nr. 41, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen i enda større grad tilrettelegge for behandlingstilbud for hele familier med alkoholproblemer.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018), jf. Innst. 38 S (2018–2019).

Vedtaket blir fulgt opp i Helsedirektoratets arbeid med pakkeforløpet «Pakkeforløp familie og rus». Dette arbeidet vil starte i løpet av høsten 2019 og vil etter planen lanseres i løpet av 2020.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjøring og andre utgifter for kontrollkommisjonene innen det psykiske helsevernet.

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon. Landet har 54 kontrollkommisjoner. Kontrollkommisjonene ivaretar rettssikkerheten til pasienter i møte med det psykiske helsevernet. Kommisjonen skal gjennomgå alle vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Kontrollkommisjonen er klageinstans for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven, og skal i tillegg drive velferdskontroll. Enkelte av de vedtak kontrollkommisjonen fatter, kan pasienten få overprøvd av domstolene etter tvisteloven kap. 36, jf. psykisk helsevernloven § 7-1. De siste 10 årene har antall slike klagesaker som har blitt brakt til domstolene fordoblet seg, og ligger nå på om lag 250 per år. Helsedepartementet forbereder alle disse sakene for staten og har prosessansvar i 50 stk. årlig. Helsedepartementet har et faglig og praktisk oppfølgingsansvar overfor kommisjonene. Den økonomiske forvaltningen er delegert til fylkesmennene gjennom embetsoppdrag og fullmaktsbrev.

I oppfølgingen av kontrollkommisjonene har Helsedepartementet avholdt en samling for alle ledere og varaledere (Lederforum), årskonferanse for alle medlemmene og egen opplæring av alle nye medlemmer. Det er utviklet e-læringsprogram som vil inngå som del av opplæringen fra 2019, med et eget kurs om kravet om manglende samtykkekompetanse. Helsedepartementet har etablert en ressursgruppe for kontrollkommisjonene for å sikre god og lik praksis på landsbasis. Ressursgruppen består av kommisjonsledere fra hver helseregion som vil bistå Helsedepartementet med normering av rutiner og praksis og gi faglig veiledning og støtte til kommisjoner innen sin region. Det er gitt informasjon og laget maler knyttet til nye regler om krav til behandling av personopplysninger. I 2019 vil departementet arrangere kontrollkommisjonskonferanse og lederforum. Ressursgruppen vil fortsette sitt arbeid. E-læringsprogrammene som er utviklet vil implementeres, både overfor kontrollkommisjoner, landets fylkesmenn, i psykisk helsevern og for henvisende instans som fastleger og legevaktsleger.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep

Det er behov for å styrke behandlingstilbudet for personer som er dømt for seksuelle overgrep. I 2015 ble det satt i gang et prosjekt for kartlegging og behandling av denne gruppen, i samarbeid mellom Helsedepartementet, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus, Kriminalomsorgen region sør og Helse Sør-Øst RHF. Prosjektet har som mål å utvikle et helhetlig behandlingstilbud til personer som er dømt for seksuallovbrudd, bidra til økt kunnskap om seksuallovbruddsdømte gjennom systematisk kartlegging av kjente statistiske risikofaktorer, samt formidle erfaringer med den valgte behandlingstilnærmingen til relevante aktører og samarbeidspartnere (kriminalomsorgen, helsetjenesten i fengsel og spesialisthelsetjenesten). Tilbudet gis i dag kun ved enkelte fengsler. Prosjektet er i avsluttende fase og det er utarbeidet en sluttrapport. Som ledd i Opptappingsplanen mot vold og overgrep ble det for 2019 bevilget 19 mill. kroner med halvårseffekt for å etablere et landsdekkende behandlingstilbud basert på kunnskapen fra prosjektet. For 2020 foreslås det totalt 38 mill. kroner (helårsvirkning) til gjennomføring av tilbudet på landsbasis.

Heroinassistert behandling

Regjeringen foreslår at det gjennomføres et 5-årig prøveprosjekt med heroinassistert behandling (HAB) med oppstart andre halvår 2020. Som en del av prosjektet foreslås det å gjennomføre en følgeevaluering i regi av Helsedepartementet for å kunne innhente mer kunnskap om HAB. Det foreslås å bevilge 2,5 mill. kroner til følgeevalueringen. Det vises til omtale av prosjektet under kap. 732, post 70.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Arbeidet med revisjon av nasjonal faglig retningslinje for opioidavhengighet intensiveres i 2019 og vil sendes på høring før årsskiftet. Nasjonal faglig retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering med tre anbefalinger var på høring våren 2019 og blir publisert høsten 2019. Implementering av anbefalingene vil blant annet koordineres med implementeringsaktiviteter tilknyttet Nasjonal faglig retningslinje om svangerskaps-

omsorgen. Planlagt oppstart av øvrige deler av retningslinjen er i 2020. Arbeidet med implementering av veileder for rusmestringsenhetene, i et samarbeid mellom blant andre kriminalomsorgsdirektoratet, Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssenter og Helsedirektoratet, ble videreført i 2018 og avsluttes i 2019.

Bruk av tvang i psykisk helsevern

Det er et prioritert mål for regjeringen å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern. Selv om alle former for tvangsbruk er strengt regulert, er det fortsatt mange pasienter som mottar helsehjelp under tvang i det psykiske helsevernet. Tallene for 2018 viser at både omfanget av tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler har økt sammenliknet med 2017. Antall tvangsinnleggelse økte fra 7509 i 2017 til 7849 i 2018. I Helse Nord er det en liten reduksjon, mens i Helse Midt-Norge er omfanget uendret. Omfanget økte i Helse Sør-Øst og Helse Vest. I tillegg økte antall pasienter med tvangsmiddelvedtak fra 1995 i 2017 til 2164 i 2018. Økningen skjer i alle regioner, bortsett fra i Helse Nord hvor omfanget reduseres noe fra 2017 til 2018. Foreløpig har vi ikke sikker kunnskap om årsakene til økningen. En mer komplett og korrekt registrering av tvangsvedtak kan være en mulig faktor.

Høsten 2017 ble psykisk helsevernloven revurdert og vilkårene for tvungen tilbakeholdelse og behandling under tvang ble innskjerpet. Endringen gjelder økt selvbestemmelse gjennom innføring av krav om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungen psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke.

Helsedirektoratet utarbeider årlig statistikk over kontrollkomisjonenes virksomhet og behandling av klager på tvungen helsevern. Av de 1400 klagenes kontrollkomisjonene behandlet i 2017, fikk klageren medhold i 13 pst. av sakene. Medholdsandelen er med dette økende.

Helsedirektoratet vil i 2019 jobbe videre med indikatorutvikling for tvangsfeltet og tilgjengeliggjøring av styringsdata i nettbaserte publiseringsløsninger for statistikk. Direktoratet vil i løpet av året spesielt jobbe med analyser som belyser effekt av lovrevideringen i 2017. Det er særlig behov for å etablere indikator for tvangsbehandling siden tvangsmedisinering oppleves av mange som svært inngripende.

Regjeringen har i Granavoldenplattformen slått fast at det skal foretas en revisjon av alle tvangshjemler basert på anbefalingene fra

Tvangslovutvalget. Utvalget la fram sin innstilling i NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Forslagene er sendt på alminnelig høring med frist 16. desember 2019.

Post 70 Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.

Bevilgningen på posten dekker utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere ved alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet.

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 straffelovens § 39a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet å etablere en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrøtere. Ansvar for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. Fra januar 2002 til august 2019 er til sammen 25 personer dømt til tvungen omsorg. Per august 2019 er en person innlagt i fagenhetens sengepost for gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg etter straffelovens § 63. I tillegg er to personer med dom til fengselsstraff og/eller forvaring innlagt etter straffegjennomføringsloven § 12 etter avtale med Kriminalomsorgen. Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært om lag fire personer (2017–2019). 11 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar (for gjennomføring av dom til tvungen omsorg). Dom til tvungen omsorg er opphørt for 13 personer i perioden 2002–2019. Fra januar 2002 til august 2019 har det vært 43 kjennelser fra retten om innleggelse ved fagenheten for gjennomføring av varetektsurrogat etter straffeprosessloven § 188 og/eller rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167 (26 kjennelser for § 188, 17 for § 167).

Posten forelås styrket med 24 mill. kroner i 2020. Samtidig foreslås 22,5 mill. kroner overført til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger over kap. 732, post 72–75. Det vises til nær-

mere omtale av endringene i finansiering av ordningen under kap. 732.

Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og Rettspsykiatri (SIFER)

Behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser som begår grove kriminelle handlinger, stiller særlig krav til kompetanse. De tre regionale kompetansesentrene og sikkerhetsavdelingene (Oslo, Bergen og Trondheim) har spesialkompetanse innen fagområdene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som overføres både til lokale sikkerhetsavdelinger og til allmennpsykiatriske avdelinger ved behov. Driften av kompetansesentrene er forankret i de regio-

nale helseforetakene. Nytt kompetansesenter ble startet i Helse Nord i 2018. De regionale kompetansesentrene har etablert et nasjonalt kompetansenettverk seg imellom for å styrke de nasjonale forsknings- og fagutviklingsprosjektene innenfor de tre fagområdene. Det foreslås å videreføre tilskuddet til kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf)

Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo (Seraf) har en omfattende virksomhet og er en viktig instans i å utvikle kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet, i særlig grad innen spesialisthelsetjenesten/tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tilskuddet til Seraf foreslås videreført i 2020.

Kap. 737 Historiske pensjonskostnader

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
70	Tilskudd, <i>overslagsbevilgning</i>		48 000	94 944
	Sum kap. 0737		48 000	94 944

Post 70 Tilskudd

Det ble i 2019 etablert en tilskuddsordning til dekning av ideelle og andre virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenstepensjonsordning. Ordningen er hjemlet i lov 1. mars 2019 nr. 3 om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenstepensjonsordning og reguleres nærmere i forskrift.

Historiske pensjonskostnader er framtidige kostnader knyttet til tidligere opptjente pensjonsrettigheter i offentlig tjenstepensjonsordning, som forfaller til betaling etter at opptjeningen er avsluttet. Fra 1970-tallet var det gjengs oppfatning om at lønns- og pensjonsordningene for ansatte i ideelle virksomheter som leverer helse- og sosialtjenester til det offentlige skulle være tilnærmet lik de som gjelder for ansatte i offentlig tjeneste.

Mange ideelle virksomheter innenfor disse tjenestene har derfor hatt offentlige tjenstepensjonsordninger for sine ansatte, hovedsakelig i KLP. Ut over 2000-tallet er det tidligere tette samarbeidet blitt erstattet av marked med konkurranse.

Ordningen skal gjelde privat virksomhet med offentlig tjenstepensjonsordning som har levert lovpålagte spesialisthelsetjenester og barneverntjenester som staten nå er ansvarlig for. Ordningen skal ikke gjelde for de tolv ideelle sykehusene med driftsavtale (bl.a. Diakonhjemmet og Haraldsplass), de 19 kirkelige familievernkontorene, medlemmer i Statens pensjonskasse, Overføringsordningens sikringsordning eller kommuner som har overtatt privat virksomhet. Kostnader knyttet til legeordningen og den lovfestede sykepleierordningen dekkes ikke. Opptjeningstidspunkt for tilskuddsordningen ble satt til 1. januar 2019.

De regionale helseforetakene og Bufdir har avtalefestet at de private skal dekke pensjonskostnadene selv i avtaleperioden. Kompensasjon av kostnader som allerede er dekket av eksisterende avtaler frarådes av utvalget og er normalt i strid med reglene om offentlige anskaffelser. Tilskudd kan derfor ikke dekke slike kostnader før avtalene er reforhandlet eller avsluttet. På bakgrunn av dette reduseres tilskuddet vesentlig i 2019. Svært få avtaler utløper før 2021.

Totale utgifter i 2020 anslås til om lag 100 mill. kroner. Beløpet inkluderer administrative utgifter. Anslaget er usikkert. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen, også for den delen som gjelder statlige barnevernstjenester. Det foreslås derfor at 5 mill. kroner bevilges på kap. 740, post 21, mens om lag 95 mill. kroner bevilges på kap. 737, post 70.

Anmodningsvedtak

Ideelle organisasjoners pensjonsforpliktelser

Vedtak nr. 1117, 21. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen i arbeidet med en ordning for kompensasjon av ideelle organisasjoners pensjonsforpliktelser vurdere nærmere målgruppe og virkeperiode.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 129 S (2016–2017), jf. Innst. 401 S (2016–2017). Det vises i den forbindelse til komiteens merknad i Innst. 11 S (2018–2019), hvor Stortinget ba om at målgruppe og virkeperiode ble vurdert nærmere.

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom lov av 1. mars 2019 nr. 3 om tilskudd til visse private virksomheter med offentlig tjenstepensjonsordning, som regulerer tilskudd til virksomheter som har levert spesialisthelsetjenester og statlige barneverntjenester. Opptjeningsstidspunkt for tilskuddsordningen ble satt til 1. januar 2019. Det vises for øvrig til anmodningsvedtak 82 (2018–2019).

Programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
740	Helsedirektoratet	1 475 010	1 375 552	1 401 233	1,9
741	Norsk pasientskadeerstatning	299 904	255 295	286 174	12,1
742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	174 528	162 431	164 887	1,5
744	Direktoratet for e-helse	411 265	364 586	326 193	-10,5
745	Folkehelseinstituttet	1 269 524	1 198 797	1 223 151	2,0
746	Statens legemiddelverk	309 288	318 252	339 080	6,5
747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	118 954	117 162	128 381	9,6
748	Statens helsetilsyn	137 675	159 164	161 466	1,4
749	Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten	8 052	40 433	40 092	-0,8
Sum kategori 10.40		4 204 200	3 991 672	4 070 657	2,0

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
01-23	Statens egne driftsutgifter	3 867 822	3 792 857	3 833 899	1,1
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	17 450	16 971	17 395	2,5
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	82 809	81 908	84 529	3,2
70-89	Andre overføringer	236 119	99 936	134 834	34,9
Sum kategori 10.40		4 204 200	3 991 672	4 070 657	2,0

Kap. 740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	1 221 337	1 212 918	1 222 348
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 486	30 421	27 441
60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	82 809	81 908	84 529
70	Helsetjenester i annet EØS-land	61 298	50 305	66 915
71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	91 336		
72	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	-1 256		
	Sum kap. 0740	1 475 010	1 375 552	1 401 233

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 5 mill. kroner i økt bevilgning til arbeid med pakkeforløp
- 5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til arbeidet med å forberede sammenslåing av egenandelstak 1 og 2
- 2 mill. kroner i økt bevilgning til styrking av kontrollen med tannlegers praktisering av regelverk og takstbruk
- 7 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til lavere administrasjonsutgifter for tilskuddsordningen med historiske pensjonskostnader
- 18 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til elektronisk utveksling av trygderefusjoner innenfor EU/EØS
- 19,8 mill. kroner flyttet til kap. 701, post 72 knyttet til drift av nasjonale e-helsetjenester
- 12,2 mill. kroner flyttet fra kap. 2756, post 71 knyttet til dekning av Helfo sine forvaltningskostnader ved stønader til helsetjenester i USA
- 6,5 mill. kroner flyttet fra kap. 714, post 21 knyttet til oppgaver på levevaneområdet

Samfunnsoppdrag

Helsedirektoratet skal bidra til at flere har god helse, at helseforskjellene blir mindre mellom folk og at flere får god og sikker behandling. Direktoratet understøtter også at pasienter og brukere skal få møte en samordnet tjeneste og tilrettelegger for økt samfunnsikkerhet og beredskap. Hovedaktivitetene er å:

- gi råd om kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse, alkohol og tobakk
- redusere helseforskjeller ved å samarbeide med helsesektoren og andre sektorer som skole, transport, nærmiljø og arbeidsliv
- sammen med helsepersonell og brukere utvikle tjenestene
- bidra til at pasientene får oppfylt sine rettigheter og påvirker behandling og tjenestetilbud
- videreutvikle og drifte finansierungsordningene for helsetjenestene og pasientene
- sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse
- ta ansvar for å koordinere helsetjenesten i en stor krise
- følge med på helseutviklingen og foreslå tiltak som skal gi folk bedre helse

Roller

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet utfører oppgaver innen tre ulike roller:

- Fagrollen; Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet. Direktoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, og sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende.
- Forvaltningsrollen; Direktoratet har en rekke forvaltningsoppgaver, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor folkehelse og helse- og omsorgssektoren.

- Gjennomføre vedtatt politikk; Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk i tråd med føringene som Helse- og omsorgsdepartementet gir. Direktoratet har ansvaret for å oppnå fastlagte mål og prioriteringer i tråd med styringssignalene fra departementet.

Myndighetsfunksjoner

Helsedirektoratet forvalter 24 lover innenfor helse- og omsorgssektoren, og utfører en rekke oppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder forvalte, informere om og fortolke lover og forskrifter innenfor helse- og omsorgssektoren og på folkehelseområdet. I helse- og omsorgstjenesteloven av 2011 § 12-5 og i spesialisthelsetjenesteloven av 1999 § 7-3 er Helsedirektoratets ansvar knyttet til nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer fastsatt. I folkehelseovngivningen er Helsedirektoratets ansvar innen folkehelsearbeid fastsatt.

Folkehelse

Helsedirektoratet skal bidra til å nå regjeringens tre nasjonale mål for folkehelsepolitikken, WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) samt FNs bærekraftsmål om god helse, jf. Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har, på oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomført en metodisk testing av et forslag til spørreskjema om livskvalitet. Det ble gjennomført en pilot basert på dette spørreskjemaet i Hallingdal på oppdrag av Hallingdal regionråd. Helsedirektoratet skal i 2020, sammen med Folkehelseinstituttet, fortsette arbeidet med å innhente og publisere data om livskvalitet i befolkningen. Veiviseren om psykisk helse og livskvalitet er et praktisk hjelpemiddel til kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid. Helsedirektoratet skal i 2020, som oppfølging av Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024), sikre at veiviseren videreutvikles, bl.a. gjennom erfaringer som gjøres i Program for folkehelsearbeid i kommunene.

Strategi mot ensomhet (2019–2023) ble lagt fram som en del av Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga. Målet er å forebygge ensomhet i befolkningen generelt, og blant unge og eldre spesielt. Helsedirektoratet vil være sentral i oppfølgingen av strategien.

Helsedirektoratet samarbeider med Utdanningsdirektoratet om Partnerskap mot mobbing.

Flere fylker er i gang med lokale partnerskap mot mobbing. Målet er bedre samarbeid om lokale tiltak i arbeidet mot mobbing.

Helsedirektoratet deltar i 0–24-samarbeidet som bidrar til samordning av tjenestene til utsatte barn og unge i kommunene. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge ferdigstilles i 2019. Retningslinjen er utarbeidet i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Politidirektoratet, Integreerings- og mangfoldsdirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Retningslinjen inneholder anbefalinger til kommunene om hvordan de kan sørge for å oppdage utsatte barn, unge og familier på et tidligere tidspunkt samt å sikre oppfølging.

Helsedirektoratet arbeider med kommunikasjon for å hjelpe befolkningen til å ta gode selvstendige valg på levevaneområdet. Dette arbeidet skal videreføres i 2020. Den overordnede digitale kommunikasjonssatsingen «Bare du kan si ja til endringer» setter levevaneområdene mer i sammenheng og skal gjøre det enklere for målgruppen å finne verktøy og hjelpemidler for vaneendring. Psykisk helse inngår i kommunikasjonssatsingen for å se levevaner og psykisk helse i sammenheng.

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) legger rammen for de fleste av Helsedirektoratets oppgaver på kostholdsområdet. Resultater fra midtveisevalueringen i 2019 vil gi føringer for det videre arbeidet med kosthold. Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltid i barnehagen med tilhørende implementeringsmaterieell foreligger i revidert versjon fra 2018. Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga løfter fram betydningen av gode mat- og måltidsordninger både i barnehage, skole og SFO, herunder tiltak for å spre gode modeller for frokostordninger. En nordisk merkevarestrategi for Nøkkelhullet ble ferdigstilt i 2019. Det er et mål at 60 pst. av befolkningen innen 2021 opplever at Nøkkelhullet gjør det enklere å velge sunnere.

Ny handlingsplan for fysisk aktivitet legges fram høsten 2019 med tiltak for perioden 2020–2030. Overordnede mål, strategier og innsatsområder i handlingsplanen er omtalt i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga. Handlingsplanen skal bidra til å gjøre fysisk aktivitet til et naturlig valg for alle – uavhengig av alder, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn. Planen er utarbeidet i et nært samarbeid med berørte departementer. Helsedirektoratet har bidratt i utviklingsarbeidet og vil ha en viktig rolle i oppfølgingen.

En ny nasjonal tobakksstrategi for 2019–2021 ble lagt fram som en del av Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga. Strategien danner grunnlaget for Helsedirektoratets arbeid på tobakksområdet.

Registerings- og tilsynsordningen for tobakksalg trådte i kraft 1. januar 2018. Per juli 2019 er over 8000 salgssteder og grossister registrert. Gjennom ordningen har Helsedirektoratet og kommunene fått en systematisk oversikt over tilsynsobjekter. Helsedirektoratets oppgaver er finansiert med 2,9 mill. kroner i gebyrinntekter over kap. 3740, post 04, som dekker drift av registrert og tilsyn. Helsedirektoratet vil også få oppgaver i forbindelse med et nytt system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer. Oppgavene er finansiert av en sektoravgift på 15 mill. kroner, jf. kap. 5572, post 75, og 2,3 mill. kroner knyttet til søknadsgebyrer, jf. kap. 3740, post 04. Helsedirektoratet vil også få nye oppgaver som følge av gjennomføringen av EUs nye tobakksdirektiv. Disse er finansiert med 4 mill. kroner knyttet til gebyrinntekter, jf. kap. 3740, post 04.

Helsedirektoratet har styrket kommunenes kompetanse på alkohollovområdet bl.a. med lansering av en ny og digital håndbok i alkoholloven, gjennom en nasjonal alkohollovkonferanse for alle landets kommuner og gjennom fylkesmennene og de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål. Helsedirektoratet vil i 2020 arbeide videre med å forbedre den kommunale forvaltningen av alkoholloven.

Helsedirektoratet har i 2018 og 2019 synliggjort betydningen av retningslinjer for rusmiddelbruk i arbeidslivet. Helsedirektoratet vil i 2020 bidra til økt bevissthet rundt holdninger til alkohol i arbeidslivet.

Det er et mål å øke oppmerksomheten om eldre og rus, jf. Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Helsedirektoratet vil i 2020 lansere en kommunikasjonssatsing der temaet er eldre og alkohol.

Tall fra Ungdata (nasjonale resultater 2019) tyder på at det de siste to årene har vært en økning i bruk av cannabis, både på ungdomstrinnet og i videregående skole. Helsedirektoratet vil i 2020 i samarbeid med fagmiljøer og frivillige organisasjoner rette oppmerksomhet mot konsekvenser ved bruk av cannabis.

Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens har bl.a. som mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen 2020 sammenliknet med 2012. Nasjonal strategi mot hepatitt har som mål å eliminere hepatitt C som folkehelseproblem i Norge. Helsedirektoratet har en viktig rolle

i å lede implementeringen av arbeidet både mot antibiotikaresistens og mot hepatitter.

Internasjonalt deltar Helsedirektoratet bl.a. i EUs Joint Action for å styrke arbeidet med implementering av det internasjonale helsereglementet og styrke samarbeidet i EU mot alvorlige grensekryssende helsetrusler (JA SHARP) og gjennom EUs Joint Action mot antibiotikaresistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner. Helsedirektoratet deltar som observatør i EU Healthy Gateways Joint Action.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

I løpet av 2018 ble det utviklet 9 nye nasjonale kvalitetsindikatorer, 3 indikatorer ble faset ut, og 3 indikatorer ble revidert og publisert med nye tall. Det ble utviklet nye indikatorer innen områdene infeksjon, kreft, diabetes, tannhelse, og pasient- og brukererfaringer. Det ble foretatt nødvendig revisjon av indikatorer innen psykisk helsevern, akuttmedisinske tjenester, hjerte- og karsykdommer, og innen tannhelse. Antall kvalitetsindikatorer har økt til 177 ved utgangen av 2018. Det leveres et kapittel med resultater fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne til den årlige stortingsmeldingen om Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

I 2018 ble det igangsatt arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorer for pakkeforløp psykisk helse og rus, pakkeforløp for hjerneslag, fastlege og legevakt. Dette arbeidet fortsetter og prioriteres i 2019. I tillegg skal det utvikles kvalitetsindikatorer innenfor smittevern. I løpet av 2019 vil det utarbeides en ny handlingsplan for kvalitetsindikatorsystemet for perioden 2020–2023. Handlingsplanen vil omfatte en diskusjon av rammeverket, vurdering og oppdatering av styringssystemet, og ny plan for publisering.

Styringsinformasjon

Helsedirektoratet har i oppdrag å analysere og følge med på utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og for kommunale helse- og omsorgstjenester, deriblant det lovpålagte kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp og grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Styringsinformasjon av god kvalitet er et viktig grunnlag for effektiv ressursutnyttelse og forbedringsarbeid i både spesialist- og primærhelsetjenesten. I 2018 gjennomførte Helsedirektoratet gjennom SAMDATA-prosjektene flere analyser med ulike tema for helse- og omsorgstjenester. Hovedresultatene for spesialisthelsetje-

nesten i 2018 omtales under programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester.

Av andre analyser innen somatisk spesialisthelsetjeneste ble det blant sett nærmere på hva som kjennetegner eldre pasienter som mottar omfattende eller mange tjenester. For somatiske tjenester ble det også sett nærmere på utvikling i kirurgisk behandling, rehabilitering, samt produktivitet ved helseforetak og sykehus. For psykisk helsevern ble det gjennomført analyse av innbygges bruk av tjenester innen både voksne og barn og unge. Helsedirektoratet utarbeider også tertialvise følge med-rapporter for Fritt behandlingsvalg-ordningen.

Fører kort

Helsedirektoratet har i 2018 deltatt i et program for digitalisering av førerkortfeltet sammen med Vegdirektoratet, Direktoratet for e-helse og Politidirektoratet. Programmet har fått 15 mill. kroner i støtte fra Difis medfinansieringsordning og går fra 2018 til 2020. Programmet er en oppfølging av prosjektet Vilkår for førerrett. Det skal utvikles en digital helseattest med beslutningsstøtte integrert i EPJ, og konklusjonen skal kunne overføres direkte fra EPJ til Statens vegvesen. Det er lagt opp til at tungbilsjåfører, eldre og andre som må levere helseattest for å fornye førerkortet, deretter kan få førerkortet tilsendt og slippe å møte på trafikkstasjonen med helseattesten. Fylkesmannen behandler rundt 10 000 saker som gjelder inndragning av førerkort på grunn av helsesvekkelse. Nærmere 200 saker blir sendt til uttalelse i Helsedirektoratet etter klage til Politidirektoratet.

Helseregistre

Helsedirektoratet leverer styringsinformasjon både gjennom utleveringer av data/statistikk og gjennom utvikling av nye publiseringsløsninger. Det ble i 2017 utført om lag 1 428 utleveringer av data og statistikk, og nivået ligger på omtrent samme nivå i 2018. Følgende leveranser av styringsinformasjon omfattes:

- Dashbord med nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten. Tertialvis
- Dashboard for aktivitet i somatiske sykehus. Tertialvis
- Aktivitets- og forløpsindikatorer for pakkeforløp kreft. Månedlig
- Tid til tjenestestart for utvalgte pasientgrupper. Tertialvis
- Konesjonsdata til RHF. Årlig

- Anonyme data til RHF. Månedlig
- Gjestepasientoppkjøret psykisk helsevern og TSB. Månedlig
- Gjestepasientoppkjøret somatikk. Månedlig
- Data for oppfølging av private rehabiliteringsinstitusjoner. Tertialvis
- Data for oppfølging av private spesialister. Tertialvis
- Data til Mine Pasientreiser. Ukentlig
- Ventetider, fristbrudd, pasientrettigheter. Månedlig
- Data innen fastlege og legevakt er publisert for kommuner og bydeler. Dette inneholder bl.a. diagnoseopplysninger og takster.
- Indikatorer og data for utvalgte pasientgrupper er publisert for kommuner og bydeler.
- Koblede data (KPR og NPR) innen demens er publisert for kommuner og bydeler
- Datagrunnlag for ISF
- Nasjonale kvalitetsindikatorer
- Utleveringer til OECD, WHO og Nomesko

NPR har en formell nøkkelregisterrolle overfor Hjerne- og karregisteret, Kreftregisteret, Mine pasientreiser og Kjernejournal, i tillegg legger Helsedirektoratet til rette for deling og gjenbruk av data fra NPR og KPR gjennom 1 200 årlig utleveringer. I samarbeid med Direktoratet for Atomikkerhet og Strålevern (DSA) er det påbegynt et arbeid for leveranse av stråledosedata.

Kommunene kan nå finne egne nøkkeltall på nett. Sender en kommune inn nye meldinger med bedre datakvalitet, vil publiseringsløsningen være oppdatert dagen etter med nye tall. Løsningen for leveranser av data til bl.a. SSB fungerer på samme måten og oppdateres også daglig etter hvert som etaten får inn nye data. SSB mottar nå ukentlig nyeste versjon av data fra omsorgstjenestene på avtalt format slik at de kan oppdatere sine statistikk-løsninger.

Personell, kompetanse, autorisasjon mv.

Det er i 2018 behandlet om lag 20 200 søknader om autorisasjon og lisens fra søkere over hele verden, og 1 777 søknader om offentlig spesialistgodkjenning og forlengelse av tilleggsattest for allmennleger. 16 416 autorisasjoner og 2 500 lisenser, fordelt på 29 profesjoner, ble innvilget. Det ble gitt 1 065 avslag og 205 avslag med praksisløp. Avslagene utgjør 6,3 pst. av de behandlede søknadene. Det er innvilget flest autorisasjoner innenfor profesjonene sykepleiere (5 268), helsefagarbeidere (4 139), leger (1 770), vernepleiere (864) og fysioterapeuter (455). Det var i 2018 en betydelig

nedgang i antall autorisasjoner som ble gitt til leger (25 pst.), reseptarfarmasøyter (38 pst.) og helsefagarbeidere (11 pst.). Nedgangen kan forklares med at disse gruppene må gjennomføre tilleggskrav (språktest, kurs i nasjonale fag og fagprøve) etter at de er vurdert jevn gode, eller å inneha nødvendig kyndighet før autorisasjon kan innvilges. Søkerne kan først få innvilget autorisasjon etter at alle krav er gjennomført.

Fritt behandlingsvalg og Velg behandlingssted på helsenorge.no

Helsedirektoratet har ansvar for forvaltning av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg og for informasjonstjenesten Velg behandlingssted, som skal gi pasienter grunnlag for å gjøre gode valg av behandlingssted i spesialisthelsetjenesten basert på ventetid, kvalitet og geografi. Tjenesten viser forventede ventetider til om lag 300 undersøkelser og behandlinger ved alle tilgjengelige behandlingssteder innen det offentlige, private med avtale og private med godkjenning. På oppdrag fra departementet har Helsedirektoratet i 2018 jobbet med innfasing av rehabilitering i fritt behandlingsvalgs godkjenningsordning. To tjenester innen rehabilitering ble fasett inn fra 1. januar 2019. Direktoratet jobber med innfasing av flere tjenester i ordningen fra 2020. Helsedirektoratet har startet et eget prosjekt om visning av avtalespesialistene på Velg behandlingssted i samarbeid med Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene. I 2018 var det 516 445 besøk (opp 2,5 pst. fra 2017) på nettsiden Velg behandlingssted, og 28 522 (opp 11,6 pst. fra 2017) telefonhenvendelser. Det arbeides med å etablere nye tekniske løsninger som sikrer enkel og effektiv drift.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt velferdsteknologiprogram ledes av Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og KS. Programmet består av flere prosjekter: teknologi for trygghet- og mestring, medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke, arkitektur og infrastruktur, og sosial kontakt og verktøy for barn med nedsatt funksjonsevne. Programmet skal videreføres ut 2020. Se omtale av prosjektene under kap. 701, post 21, kap. 761, post 21 og 68, og kap. 762, post 21 og 63.

HELFO

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo forvalter i overkant av 34 mrd. kroner til stønad til

enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. Følgende overordnede mål er knyttet til Helfos virksomhet:

- Finansieringsordninger som bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av riktig kvalitet
- Rett ytelse til rett tid
- Veiledning og servicetjenester med riktig kvalitet
- Effektiv ressursutnyttelse i forvaltning av helsefusjonsområdet

Servicetjenester – informasjon og veiledning

Servicetjenester til brukere og behandlere omfatter informasjon og veiledning på telefon, nett og øvrige kanaler og selvbetjeningsløsninger som bytte av fastlege og utstedelse av europeisk helsetrygdkort. All informasjon til private brukere fra Helfo er samlet på helsenorge.no. Besøkstallene til helsenorge.no har økt betydelig og gjennomsnittlig besøk på nettsiden per måned er nær 2,2 millioner i 2018, mens tilsvarende tall for 2017 var 1,6 millioner. Besøk på Helfos innhold utgjør nær 12 pst. og antallet har økt med vel 5 pst. siste år. Bruken av selvbetjeningsløsningene på nett øker stadig. I 2018 ble i underkant av 87 pst. av fastlegebyttene og nær 92 pst. av bestillingene av europeisk helsetrygdkort foretatt gjennom selvbetjeningsløsningene på helsenorge.no. Nettstedet helfo.no er etablert som informasjonssted for behandlere. Portalen gir informasjon om forhold som avtaleinngåelse med Helfo, hvordan sende inn refusjonskrav og motta utbetaling og informasjon om regelverk, takster og refusjoner. I 2018 hadde helfo.no i alt 1,8 millioner nettbesøk fra helseaktører. I 2018 mottok Helfo i alt 476 000 telefonhenvendelser fra innbyggere (privatpersoner og helseaktører), en nedgang på 18 pst. fra 2017. Reduksjon i antall henvendelser på telefon er et resultat av at stadig flere finner informasjon på nettsidene og benytter seg av selvbetjeningsløsningene. Veiledningstjenesten Helsenorge (tidligere 800HELSE) hadde alene 317 000 henvendelser i 2018. Brukertilfredsheten var på 87 pst., noe som betyr at kvaliteten på telefontjenesten er høy og ventetiden akseptabel. Veiledningstelefonen for helseaktørene hadde nær 80 000 henvendelser i 2018. Andel fornøyde brukere var på 88 pst.

Fritt behandlingsvalg

Helfo behandler søknader fra private behandlingstjenestesteder om å bli godkjent som helsetil-

bud innenfor ordningen Fritt behandlingsvalg. Helfo mottok 24 nye søknader til behandling i 2018 og det er per utgangen av året 45 godkjente leverandører. Krav til saksbehandlingstid er 6 uker, men oppnås kun i 50 pst. av sakene. Hovedårsaken til manglende måloppnåelse er at mange av søknadene har utilstrekkelig dokumentasjon på søknadstidspunktet. Det gjelder særlig for vilkårene knyttet til bemanning og kompetanse. Samarbeidet med andre relevante aktører som de regionale helseforetakene, Norsk pasientregister og fylkesmennene er videreutviklet i 2018.

Fristbrudd

Helfo har i 2018 registrert 10 263 fristbrudd, en økning på 16 pst. fra 2017. De aller fleste saker håndteres innen 10 virkedager og gjennomsnittlig saksbehandlingstid er på om lag 6 dager. Det er utviklet en ny saksbehandlingsløsning som har gitt gode effekter i form av økt kvalitet og redusert tidsbruk. 91 pst. av fristbruddpasientene var fornøyde med Helfos håndtering av formidlingsprosessen. Det er inngått nye rammeavtaler innen somatikk, og flere fylkesvise rammeavtaler innen psykisk helsevern.

Saksbehandlingstider

Helfo oppnådde i 2017 god kontroll på saksbehandlingstidene på legemiddelområdet og hadde kun et fåtall ytre grense-saker. I 2018 har saksbehandlingstidene økt noe og antall saker over ytre grense tilsvarende. Helfo mottok i underkant av 154 000 krav på legemiddelområdet i 2018, mot 153 000 krav i 2017. Per utgangen av 2018 var 12 pst. av legemiddelsakene gjenstand for automatisert saksbehandling. Prioriterte legemiddelsaker har hele tiden blitt behandlet innen fristen på 4 uker. I 2017 ble gjennomsnittlig saksbehandlingstid redusert fra 11 til 5,6 dager. I 2018 er gjennomsnittet på 5,1 dager. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for uprioriterte saker økte fra 19 dager i første tertial 2018 til 26 dager i andre tertial, før behandlingstiden igjen ble redusert til 23 dager i tredje tertial. 89 pst. av de uprioriterte sakene behandles innen saksbehandlingsfristen på 8 uker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjon for tannhelsebehandling er økt fra 13 dager ved inngangen til året til vel 30 dager ved utgangen av året. Saksinnang for refusjonsordning for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdlovens § 5-24 a, har vært relativt stabil de siste fire år og var i 2017 på 11 060 saker.

Antall saker hvor frist for saksbehandlingstid er overskredet var 5,8 pst. i 2018. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid er økt fra 25 dager i tredje tertial 2017 til 47 dager i tredje tertial 2018. Fremdeles behandles 96 pst. av sakene innenfor fristen på 84 dager.

Data fra blankettområdet (elektroniske skjema EØS) viser at antall restanser har økt med 24 pst. i 2018. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker fra land utenom EØS (§ 5-24) har imidlertid hatt en tydelig positiv utvikling i 2018. Saksbehandlingstiden er om lag halvert i løpet av 2018.

Innsending av refusjonskrav og oppgjør

Helfo håndterte i 2018 om lag 930 000 oppgjørsmeldinger fra behandlere, en økning på 3,2 pst. sammenliknet med 2017. Andel unike helseaktører som ved utgangen av 2018 fremmet krav elektronisk over linje utgjorde 92 pst. Tilsvarende sendte 89 pst. av helseaktørene sine krav elektronisk over linje ved utgangen av 2017. Andel fysioterapeuter som sender krav elektronisk over linje har økt fra 88 pst. i 2017 til 91 pst. i 2018. For tannleger er tilsvarende andel økt fra 79 pst. til 93 pst. Per utgangen av 2018 sender 99 pst. av legene oppgjør elektronisk over linje.

Etterlevelse

Rett behandlingsrefusjon og ytelse og bedre etterlevelse av regelverket er sentrale mål for Helfos virksomhet. Helfo legger vekt på en kunnskapsdrevet kontrollvirksomhet med fortløpende effektvurderinger. Videre er strategien «riktig første gang» en effektiv tilnærming for økt etterlevelse av regelverket og for å forhindre urettmessige utbetalinger av helserefusjoner. Helfo har en egen telefontjeneste for behandlere som ivaretar informasjon og veiledning, samt en proaktiv tjeneste som arbeider aktivt med rettleiding og informasjon ut mot behandlergruppene. Videre er det utviklet omfattende automatiserte kontroller i mottak og behandling av refusjonskrav og interne kontrolltiltak i saksbehandlingen av individuelle søknader.

Helfo gjennomfører etterkontroller etter kontrollplaner utarbeidet på basis av årlige risikovurderinger. Målsettingen med etterkontrollene er å øke opplevelsen av oppdagelsesrisiko og sikre økt etterlevelse frem i tid. Behandlerne med størst risiko og økonomisk vesentlighet prioriteres. Analyser av praksisprofil og refusjonsutvikling ligger til grunn for utvalg av kontrollobjekter og Helfo har også en egen tipstelefon. I 2018 utgjorde tilba-

kekrevd beløp nær 42 mill. kroner, en svak økning fra 2017. Tilsammen fikk 194 behandlere pålegg om endring av praksis, 11 behandlere ble fratatt retten til å praktisere på trygdens regning og Helfo gikk til anmeldelse i 7 saker. Omfanget er på samme nivå som i 2017. Helfo har ved utgangen av 2018 fullført tre kontrolltiltak for refusjon til tannbehandling der tema har vært utvalgte takster eller vilkår for refusjon. Satsingen på tannhelsefeltet vil bli videreført og styrket i 2020. De samlede resultater og effekter av prosjektet på tannhelsefeltet vil bli oppsummert og vurdert med tanke på regelverksendringer og videre kontrollvirksomhet.

Kontorstruktur og digitalisering

Digitalisering og automatisering er sentralt for Helfos virksomhet. I 2017 ble frikort for helsetjenester helautomatisert. Nær 1,6 mill. frikort ble automatisk utsendt uten at brukere må søke eller levere noen form for dokumentasjon. Automatisering av egenandelstak 1 (2010) og egenandelstak 2 (2017) innebærer at også innbyggere som ikke er klar over at de har rett til frikort får oppfylt sine rettigheter. Utviklingen av en automatisert løsning har i tillegg gitt betydelige kostnadsbesparelser i forvaltning av området. Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, arbeidet Helfo i 2017 med framtidig lokalisering av etatens kontorer. Helfo har i dag 22 kontorer spredt rundt i landet. Regjeringen besluttet våren 2018 følgende:

- Kontorstrukturen består av kontorene i Fredrikstad, Tønsberg, Sola, Ørsta og Mo i Rana.
- Kontoret i Kirkenes skal videreføres.
- Kontorene i Brumunddal og Orkdal videreføres i en omstillingsperiode på inntil 4 år, kontoret i Vågå videreføres i inntil 2 år.
- Iverksetting av strukturtiltakene i Helfo – omorganisering gjennom endret kontorstruktur og investeringer i IKT – starter så raskt som praktisk mulig.
- Ansatte som blir berørt av omorganiseringen skal ivaretas innenfor gjeldende lov og avtaleverk og i samsvar med Kommunal- og moderniseringsdepartementets retningslinjer for personalpolitikk ved omstillingsprosesser.

Innovasjon og digitalisering er essensielt for å oppnå en brukerrettet og effektiv offentlig sektor. Økt bruk av selvbetjening og automatisering i Helfo vil få konsekvenser for arbeidsprosesser og kompetansebehov. Færre enkle, manuelle prosesser reduserer behovet for ansatte. Samtidig vil de

komplekse oppgavene som gjenstår kreve helsefaglig, juridisk, økonomisk og administrativ kompetanse. I tillegg vil investeringen i IKT øke behovet for kompetanse på utvikling og drift av digitale løsninger. For å kunne svare på eksisterende og nye samfunnsoppgaver må Helfo derfor ha en kontorstruktur med færre og større fagmiljø.

Helfo har ved utgangen av 2018 totalt 525 ansatte fordelt på 22 kontorer. Det største kontoret som er i Tønsberg hadde 191 ansatte i 2018. Helfo gjennomfører IKT-investeringer på om lag 150 mill. kroner totalt over femårsperioden 2018–2022. Gjennom investeringer i IKT og ny kontorstruktur vil antall ansatte bli redusert med om lag 90–100 personer over 5 år. Ved å satse på de største kontorene begrenser man antall personer som blir direkte berørt av ny kontorstruktur, samtidig som man bygger videre på de største kompetansemiljøene.

Årsverk

Helsedirektoratet inkl. Pasient- og brukerombudene hadde 641 årsverk i 2018, mot 655 årsverk i 2017. Helfo hadde 503 årsverk i 2018, mot 518 årsverk i 2017.

Post 01 Driftsutgifter

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

- Det foreslås å overføre 19,8 mill. kroner til kap. 701, post 72 i forbindelse med at Norsk Helsenett SF skal overta drift og forvaltning av de nasjonale ehelsetjenester som Helsedirektoratet er ansvarlig for på helsenorge.no. Det vises til nærmere omtale under kap. 701, post 72.
- Det foreslås å flytte 6,5 mill. kroner fra kap. 714, post 21 til kap. 740, post 01 knyttet til at varige oppgaver på levevaneområdet utføres av Helsedirektoratet.
- Bevilgningen er foreslått satt ned med 18 mill. kroner i sammenheng med at Helsedirektoratet har gjennomført hovedarbeidet med å etablere nasjonale IKT-systemer knyttet til elektronisk utveksling av trygderefusjoner innenfor EU/EØS.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

- Bevilgningen er foreslått økt med 5 mill. kroner til arbeidet med å forberede sammenslåing av egenandelstak 1 og egenandelstak 1 til ett felles tak fra 2021. Arbeidet medfører utgifter i 2020 bl.a. til endring av teknisk løsning i NAV,

endring av selvbetjeningsløsningen på hel-senorge.no og kommunikasjon til borgere og behandlere.

- Bevilgningen foreslås økt med 5 mill. kroner for å styrke Helsedirektoratets arbeid med pakkeforløp for bl.a. muskel- og skjelettlidelser, smertebehandling og utmattelse.
- Det foreslås 2 mill. kroner til ytterlige styrking av kontrollen med tannlegers praktisering av regelverket og takstbruk. Den styrkede kontrollen med tannlegenes praktisering av regelverket og takstbruk i 2017–2019 har vist at det gjennomgående er mye feil og mangler i innsendte krav om utbetaling av stønad til tannbehandling. Dette gjelder både vilkårene for stønad og bruk av takster for stønad blant dem som kontrolleres. Målet med den økte kontrollinnsatsen er å avdekke feil takstbruk og sikre bedre etterlevelse av regelverket for folketrygdens stønadsordninger til tannbehandling i framtiden. Midler avsatt i 2019 videreføres, slik at i alt 5 mill. er avsatt på posten til kontroll av takstbruken i tannhelsetjenesten i 2020. For å sikre oppbygging av nødvendig kompetanse og kontinuitet i Helfo, foreslås det at bevilgningen gjøres permanent. Kostnadene til utvidet kontrollaktivitet på tannhelse utgjør 2 promille av folketrygdens stønad til tannbehandling, jf. omtale om Helfo over.
- Det foreslås overført 12,2 mill. kroner fra kap. 2756, post 71 til kap. 740, post 21 til dekning av Helfo sine forvaltningskostnader ved stønader til helsetjenester i USA. Ordningen omfatter personer som er medlemmer av folketrygden, som er bosatt eller oppholder seg over tid i USA og som har behov for behandling i landet. Turister omfattes ikke av reglene. Helfo Utland har i mange år hatt avtale med et utenlandsk agentselskap angående refusjon for disse helsetjenestene. Etter anbudsrunde har Helfo Utland inngått ny avtale med agentselskap. Helse- og omsorgsdepartementet anser det som mer hensiktsmessig at honoraret til agentselskapet bevilges og regnskapsføres under Helsedirektoratets budsjett, fremfor over stønadskapittelet.
- Bevilgningen foreslås redusert med 7 mill. kroner knyttet til lavere administrasjonsutgifter for tilskuddsordning med historiske pensjonskostnader. Det ble i 2019 etablert en tilskuddsordning til dekning av ideelle og andre virksomheters historiske pensjonskostnader knyttet til offentlig tjenstepensjonsordning, jf. omtale under kap. 737, post 70. Helsedirektoratet skal forvalte ordningen. Bevilgningen skal

dekke Helsedirektoratets kostnader til administrasjon og kjøp av tjenester knyttet til ordningen, svarende til 5 mill. kroner i 2020.

Post 60 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger

Gjesteinnbyggeroppgjøret for fastlegeordningen er et oppgjør mellom landets kommuner for kostnader knyttet til pasienter som har fastlege i en annen kommune enn bostedskommunen. Oppgjøret gjelder per capita-kostnadene.

Dette er et nullsum-oppgjør, fordi det for hver avgivende kommune skal være en mottakende kommune.

Det er Helfo som står for gjesteinnbyggeroppgjøret mellom kommunene.

Posten må ses sammen med kap. 3740, post 06.

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land ble innført 1. januar 2011. Som ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet ble forskriften utvidet til å omfatte sykehusbehandling fra 1. mars 2015. Pasienten må betale behandlingsutgiftene, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfos refusjonsutgifter til pasientene innenfor bl.a. allmennlegetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen, spesialisthelsetjenester og fysioterapi føres på posten. Helfo sender krav om dekning av utgiftene til hhv. kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene, og som inntektsføres på kap. 3740, post 03.

Det ble utbetalt refusjoner for 61,3 mill. kroner på posten i 2018. I tillegg ble det utbetalt 15,6 mill. kroner i 2018 over folketrygdens kap. 2756, post 70, for utgifter til behandling i utlandet for bl.a. kiropraktor, tannbehandling og blåreseptordningen. Samlet for de to postene var det sykehusbehandling, som belastes de regionale helseforetakene, tannbehandling, som belastes folketrygden, og fysioterapibehandling, som belastes kommunene, som dominerte i 2018.

Antall søknader om refusjon for sykehusbehandling har økt. I 2018 ble det innvilget vel 1 700 refusjonskrav innen sykehusbehandling for til sammen 46,3 mill. kroner. Sammenliknet med 2017 er det en dobling i utbetalingene. De innvilgede sakene fordeler seg på flere diagnoser, men det er flest innen akutt hjelp i Spania. En trend de siste årene er at forsikringsselskaper søker regress og får innvilget det i ordningen. Dette omfatter tilfeller der vilkårene for refusjon etter forskriften er

oppfylt og pasienten har overført kravet om refusjon til sitt forsikringsselskap. Det ble utbetalt nær 36 mill. kroner til forsikringsselskap i ordningen i 2018. Dette utgjør en høy andel av den totale utbetalingen for sykehusbehandling.

Som følge av at flere pasienter benytter ordningen og utgiftene på posten øker, foreslås det å øke bevilgningen til 66,9 mill. kroner i 2020. Tilsvarende må kap. 3740, post 03 økes til 65,3 mill. kroner i 2020.

Post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler

H-reseptlegemidler er legemidler som helseforetakene har finansieringsansvar for, men som benyttes utenfor sykehus, og som rekvireres på h-resept. Legemidlene utleveres på apotek, og apotekene sender faktura for legemidlene til helseforetak. Nav vil belaste posten ved løpende utgiftsføring av utbetalinger til apotek. Helfo vil kreve refusjon fra helseforetakene og inntektsføre på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid. Som følge av at utbetalinger

og innbetalinger ikke vil skje samtidig, vil det for posten kunne komme fram en regnskapsmessig saldo forskjellig fra null ved periodeavslutning.

Post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg

Det vises til omtale av fritt behandlingsvalg under kap. 732 Regionale helseforetak. Fritt behandlingsvalg innebærer at private aktører som tilfredsstiller kravene, kan levere nærmere definerede helsetjenester til en fastsatt pris. Utgiftene til helsetjenester i fritt behandlingsvalg skal dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene. Forvaltningen av ordningen innebærer bl.a. at Helfo i samarbeid med Nav skal betale til de private aktørene. Det er derfor nødvendig med et påfølgende oppgjør mellom Helfo og de regionale helseforetakene. Nav vil belaste posten ved løpende utgiftsføring av utbetalinger til private aktører. Helfo vil kreve refusjon fra helseforetakene og inntektsføre på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid.

Kap. 3740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
02	Diverse inntekter	40 861	19 582	20 107
03	Helsetjenester i annet EØS-land	59 440	48 968	65 282
04	Gebyrinntekter	38 823	46 152	47 390
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	78 924	63 000	78 653
06	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	82 510	81 908	84 529
	Sum kap. 3740	300 558	259 610	295 961

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til salg av trykksaker, publikasjoner og gjennomføring av prosjekter og tiltak finansiert av andre offentlige organer.

Post 03 Helsetjenester i annet EØS-land

Helfo skal sende krav om dekning av utgiftene for refusjoner belastet kap. 740, post 70, til kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene. Dette inntektsføres på post 03. Bevilgningen på posten foreslås økt til 65,3 mill. kroner.

Post 04 Gebyrinntekter

2,9 mill. kroner av inntektene er knyttet til Helse- og omsorgsdepartementets drift av tobakkssalgsregisteret og tilsyn med grossister og utsalgssteder for tobakkssvarer, jf. kap. 740, post 01. Videre er 2,3 mill. kroner av inntektene knyttet til utgifter til den nye bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakkssvarer, jf. kap. 740, post 01. 5,1 mill. kroner av inntektene er knyttet til gjennomføringen av EUs nye tobakksdirektiv, jf. 4 mill. kroner over kap. 740, post 01 og 1,1 mill. kroner over 745, post 01.

Helsedirektoratet har ansvar for å godkjenne enkeltsoknader om spesialistgodkjenning. Ordningen er gebyrbelagt og omfatter spesialistgodkjenning av leger, optikere og tannleger. Det fast-

settes også gebyrer for resertifisering av allmennleger. Posten omfatter også inntekter til behandling av søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell.

Post 05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.

Bevilgningen dekker refusjon fra utlandet for pasienter som har fått behandling i Norge etter EØS-avtalen.

Post 06 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger

Det vises til omtale under kap. 740, post 60.

Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	215 163	205 664	218 255
70	Advokatutgifter	42 983	39 327	47 285
71	Særskilte tilskudd	41 758	10 304	20 634
	Sum kap. 0741	299 904	255 295	286 174

Samfunnsoppdrag

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling innen helsetjenesten. Vilklårene som må være oppfylt for å få erstatning er nedfelt i pasientskadeloven. Ett av vilklårene er at det foreligger et ansvarsgrunnlag og lovens utgangspunkt er at skaden må skyldes svikt i ytelsen av helsehjelp. 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.

Myndighet

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er et ordinært forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. NPE sin myndighet følger av pasientskadeloven med forskrifter. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatsstyringsmøter. Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke instruere NPE om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelser av enkeltsaker. NPE forvalter finansieringssystemene innenfor pasientskadeordningen. Det er fastsatt egne instruksjoner for fondene for hhv. offentlig helsetjeneste og privat helsetjeneste.

NPE skal uten unødig opphold varsle departementet når det blir kjent med vesentlige avvik på eget ansvarsområde, eller når det blir kjent med vesentlige forhold som er av betydning for sektorens samlede måloppnåelse.

Forvaltning

Fra NPE ble opprettet i 1988 og fram til utgangen av 2018, har NPE mottatt 94 200 erstatningskrav, inkludert 1 929 legemiddelsaker. Saksmengden har i store trekk vært økende fra år til år, men det var en liten nedgang fra 5 821 erstatningskrav i 2017 til 5 677 i 2018. Privat helsetjeneste, som ble en del av pasientskadeordningen i 2009, står for 11 pst. av erstatningskravene i 2018.

I 2018 ble det gitt medhold i 1 235 erstatningskrav, mens 3 167 ble avslått. I tillegg ble 1 210 krav avvist og 397 henlagt. Medholdsandelen er på 28 pst. for kravene som ble realitetsbehandlet.

Totalt ble det utbetalt 1 014 mill. kroner i erstatning i 2018. Det er litt mer enn i 2017. I overkant av 3 pst. av erstatningsbeløpet er knyttet til privat helsetjeneste. I gjennomsnitt ble det utbetalt 762 000 kroner for saker som ble ferdig beregnet i 2018. Erstatningsbeløpene har en spredning fra 10 000 kroner til 12 mill. kroner.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra saken ble mottatt til ansvarsvedtak var 286 dager i 2018. Det er en økning på 22 dager sammenliknet med 2017. For saker som ble ferdig beregnet i 2018 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra medhold til avsluttet erstatningsberegning 393 dager. Det er en reduksjon på 17 dager sammenliknet med 2017. NPE har et kontinuerlig fokus på å redusere saksbehandlingstiden, og arbeidet med dette fortsetter i 2019 og 2020.

Det er også en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Avviklingen i 2018 økte med 6 pst. fra 2017. Viktige elementer for å øke saksavviklingen er kompetansebygging og kontinuerlig arbeid med endringer i arbeidsmetodikken.

Fagutvikling

NPE har i 2018 jobbet med å følge opp strategien for virksomheten, samt utvikle en ny strategi for perioden 2019–2023. Det har vært lagt stor vekt på å videreføre forbedringsarbeidet i virksomheten, og i den nye strategien skjerpe fokuset på at saksbehandlingstiden skal reduseres ved å forenkle måten å jobbe på.

Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. NPE er opptatt av å kontinuerlig jobbe med å forbedre sine arbeidsmetoder. I 2018 er det arbeidet mye i virksomheten med å slutføre, implementere og evaluere tiltak og prosjekter i utviklingsprogrammet Ny retning. Hovedsiktemålet med programmet har vært raskere saksbehandling og mer effektive løsninger for brukerne.

NPE har, etter at drift- og brukerstøtteoppgaver ble sentralisert i Norsk Helsenett 1. januar 2017, oppgaver innen IKT-forvaltning og utvikling for egen virksomhet og for Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage).

En viktig oppgave for NPE i årene framover vil være å utvikle gode digitale løsninger for erstatningssøkerne. En brukerportal (Min side), hvor erstatningssøkerne kan melde saken sin og følge behandlingen videre, ble lansert som en pilot i 2018 og planlegges utvidet i 2019, i tillegg til at en egen Min side vil bli lansert for Helseklage.

NPE arbeider videre med å utvide utnyttelsen av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Etaten har gjennom økt kontakt med helsetjenesten og sentrale aktører innen helseforvaltningen sørget for at erfaringsmaterialet i skadedatabasen nyttes i flere forsknings- og kvalitetssikringsprosjekter. Dette arbeidet vil fortsette i 2020.

Årsverk

NPE hadde om lag 144 årsverk i 2018, mot om lag 138 årsverk i 2017.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Det foreslås en styrking på 9 mill. kroner til økt saksbehandling og dekning av fellesutgifter til utvikling av IKT-systemer for NPE og Helseklage.

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 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten/Pasientskadenemnda. Det foreslås en styrking på 6,7 mill. kroner relatert til flere saker.

Post 71 Særskilte tilskudd

Bevilgningen omfatter dekning av erstatningsutbetalinger hvor staten har et særlig ansvar, som for vaksineskader. Det ble funnet en overhyppighet av narkolepsi hos barn (4 – 19 år) som ble vak-

sinert med Pandemrix mot Influensa A (H1N1) høsten 2009. I alle avtaler mellom stater og produsenter om levering av pandemivaksine var det forutsatt, med unntak for hendelser som skyldes ukorrekt framstilling eller kontroll av vaksinen, at produsenten ikke er ansvarlig for finansiering av eventuelle framtidige erstatninger knyttet til

ukjente skader eller bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasientskadeerstatning skal behandle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og eventuelle skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordningen.

Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
02	Diverse inntekter	12 531	6 602	6 779
50	Premie fra private	25 345	17 802	17 713
	Sum kap. 3741	37 876	24 404	24 492

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene på posten er relatert til en oppgjørsordning mellom Norsk pasientskadeordning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Norsk pasientskadeordning har bl.a. i oppgave å utvikle IKT-systemene for Helseklage, herunder etablere systemene til de nye enhetene som inngår i Helseklage.

I tillegg er inntektene under posten knyttet til behandling av søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. Norsk pasientskadeordning fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenester.

Post 50 Premie fra private

Pasientskadeloven trådte i kraft for privat helsetjeneste 1. januar 2009. Det er lovfestet at aktørene i privat helsetjeneste skal melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Tilskuddet skal dekke saksbehandling, advokatutgifter og erstatningsutbetalinger. Tilskuddene, som er fastsatt i forskrift, er differensiert i grupper av helsepersonell basert på skaderisiko og omfang på virksomheten. Innbetalingene av tilskuddene plasseres i et eget fond. Inntektene under post 50 er en overføring fra fondet til Norsk pasientskadeerstatning for å dekke etatens utgifter til saksbehandling av saker fra privat helsetjeneste.

Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	150 491	146 594	149 132
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	24 037	15 837	15 755
	Sum kap. 0742	174 528	162 431	164 887

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) er sekretariat for fem uavhengige nemnder:

- Pasientskadenemnda
- Statens helsepersonellnemnd
- Apotekklagenemnda
- Klagenemnda for behandling i utlandet
- Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

Helseklage behandler også klagesaker fra Helfo, Helsedirektoratet, Fylkesmannen, de regionale helseforetakene, Oslo universitetssykehus HF og Luftfartstilsynet. Omstillings- og flyttefasen som begynte i 2016, sluttføres i 2019. Helseklage var på plass i permanente lokaler i Bergen i 2018. Kontoret i Oslo avvikles i løpet av 2019.

Samfunnsoppdrag

Helseklage skal sikre at pasienters rettigheter blir ivaretatt innenfor etatens myndighetsområde. Rask og god saksavvikling skal ha høyeste prioritet i Helseklage. Saksbehandlingen skal tilpasses de økonomiske rammer. Helseklage skal uten unødig opphold varsle departementet når det blir kjent med vesentlige avvik på eget ansvarsområde, eller når det blir kjent med vesentlige forhold som er av betydning for sektorens samlede måloppnåelse.

Roller

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten utfører forvaltningsoppgaver.

Myndighet

Helseklage er et ordinært forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatsstyringsmøter.

Generelt om saksbehandlingen i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Klager knyttet til pasientskadeerstatning, helsepersonell og behandling i utlandet samt søknader om preimplantasjonsdiagnostikk behandles i nemnd. Pasientskadesaker som ikke byr på vesentlig tvil, behandles av Helseklage i egenskap av sekretariat etter delegasjon fra Pasientskadenemnda. Det foreligger ikke delegasjonsfullmakt fra de øvrige nemndene. Klagesakene fra Helfo, Helsedirektoratet og andre førsteinstanser

behandles av Helseklage som klageorgan uten nemndbehandling.

Helseklage har bygget opp et robust og kompetent saksbehandlermiljø med juridisk-medisinsk kompetanse i Bergen. Helseklage arbeider kontinuerlig for å redusere saksbehandlingstiden. Innen pasientskadesaker og klagesaker fra Helfo er saksbehandlingstiden lengre enn ønskelig. Avvikling av saker på disse saksområdene viser solid økning så langt i 2019, men Helseklage har også mottatt langt flere saker i 2019 enn i 2018.

Pasientskadenemnda

De tre siste årene har antall mottatte pasientskadeerstatningssaker vært stabilt på rundt 1800 saker. I første tertial i 2019 har Helseklage mottatt 30 pst. flere saker enn i tilsvarende periode i 2018. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for avviklede saker var 23 måneder ved utgangen av 2018, mens fremtidig forventet saksbehandlingstid for nye saker var 17 måneder. Første tertial 2019 har saksavviklingen økt betydelig, men saksinngangen har likevel vært høyere enn avviklingen. Målet om redusert saksbehandlingstid vil derfor være vanskelig å nå. Hovedmålet for Helseklage i 2020 er å øke saksavviklingen innenfor pasientskadeområdet.

Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

Gjennom ansvarsområdet til Helsepersonellnemnda skal Helseklage bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Samtidig skal helsepersonellens rettssikkerhet ivaretas. Helseklage mottok 271 helsepersonellsaker i fjor, som er nært gjennomsnittet for de siste årene. Både gjennomsnittlig og fremtidig forventet saksbehandlingstid var på om lag 11 måneder i 2018. Det er en målsetting at gjennomsnittlig saksbehandlingstid ikke skal overstige ni måneder ved utgangen av 2019. I 2018 ble det behandlet 253 saker. I 2019 har saksavviklingen vært noe lavere enn inngangen, til tross for at saksavviklingen har økt sammenliknet med i fjor. Helseklage planlegger å redusere restansene gjennom året. Apotekklagenemnda mottok ingen saker i 2018, og har ikke mottatt noen saker så langt i 2019.

Klagenemnda for behandling i utlandet

Saksinngangen til Klagenemnda for behandling i utlandet har vært jevnt synkende de siste årene.

Både saksinngangen og saksavviklingen var i 2018 rett i underkant av 20 saker. Saksbehandlingstidsmålet på tre/fem måneder (hastesaker/andre saker) vil nås i 2019, som i 2018.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

Foruten søknadsbehandling skal PGD-nemnda gi god og lett tilgjengelig informasjon til pasienter, helsetjenesten og myndighetene. Helseklage har registrert en dobling av antall mottatte søknader om preimplantasjonsdiagnostikk fra 2016 til 2018 (34 til 68 saker). Det er i praksis ingen restanse hos Preimplantasjonsdiagnostikknemnda. Sakene behandles fortløpende og målet om at sakene skal behandles innen fire måneder, vil bli nådd i 2019, som i 2018.

Klagesaker fra Helfo

Antall klagesaker fra Helfo har økt siden 2016. I 2018 mottok Helseklage 1661 saker, mot 1405 i 2017. Helseklage har oppbemannet for å håndtere saksinngangen. Så langt i 2019 er saksinngangen 20 pst. høyere enn tilsvarende periode i 2018. Antall behandlede saker har også økt markant, men både i 2018 og så langt i 2019 er avviklingen lavere enn inngangen. Saksavviklingen økte med 30 pst. i de første fire månedene i 2019, sammenliknet med tilsvarende periode i fjor.

Andre saksområder

Helseklage behandler en rekke andre sakstyper fra flere førsteinstanser. Klagesaker som gjelder

fører kortforskriftens helsekrav og klagesaker for behandlingsreiser til utlandet er de største saksområdene, mens de andre sakstypene har et begrenset omfang.

Saksinngangen for førerkortsaker har sunket betydelig etter at førerkortforskriften ble endret. I 2018 mottok Helseklage 97 førersaker av totalt 135 saker på andre saksområder. 141 saker ble behandlet. Ved utgangen av april 2019 hadde Helseklage om lag 100 saker i restanse, og målet om gjennomsnittlig saksbehandlingstid på seks måneder for disse sakene vil bli oppnådd.

Årsverk

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten hadde om lag 126 årsverk i 2018, mot om lag 109 årsverk i 2017. Veksten skyldes at avviklingen av Oslo-kontoret fullføres i 2019, og ikke i 2018.

Post 01 Driftsutgifter

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

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til drift og forvaltning av IKT-tjenester i samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning, kjøp av konsulent tjenester og prosjekt for å øke saksavviklingen innenfor pasientskadeområdet.

Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag
		2018	Saldert budsjett 2019	2020
50	Premie fra private	5 280	2 418	2 406
	Sum kap. 3742	5 280	2 418	2 406

Post 50 Premie fra private

Bevilgningen dekker utgifter til Helseklages arbeid med behandling av saker fra privat helse-

tjeneste. Det vises til kap. 3741, post 50 for nærmere omtale av ordningen.

Kap. 744 Direktoratet for e-helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	220 137	213 594	177 280
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	191 128	150 992	148 913
	Sum kap. 0744	411 265	364 586	326 193

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

Bevilgningen foreslås økt med 84 mill. kroner til bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk.

Det foreslås å flytte:

- 40 mill. kroner til lønn for overføring av ansatte til Norsk Helsenett SF
- 85,3 mill. kroner til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene

Et bærekraftig helse- og omsorgstilbud er avhengig av at teknologi innføres og tas i bruk i tjenesten. Digitale løsninger gjør det mulig for helsepersonell å levere helsetjenester på nye måter, og behandle og følge opp pasienter hjemme. Innbyggere og pasienter kan ha enklere kontakt med helse- og omsorgstjenesten og få større innflytelse over egen behandling og helse. En grunnleggende forutsetning for digitaliseringen er at personvernet og informasjonssikkerheten ivaretas.

For å understøtte økt digitaliseringstakt i helse- og omsorgssektoren skal oppgavene knyttet til de eksisterende nasjonale e-helseløsningene helsenorge.no, kjernejournal, e-resept, grunndata og helseID fra 1. januar 2020 overføres fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF. Det tas sikte på å overføre om lag 230 årsverk. Organisasjonsendringen skal tydeliggjøre skillet mellom Direktoratet for e-helses rolle som forvaltningsorgan og Norsk Helsenett SFs rolle som tjenesteleverandør på e-helseområdet. Se nærmere omtale av Norsk Helsenett SF under kap. 701, post 70.

Helse- og omsorgsdepartementet utreder ytterligere regulering av e-helsefeltet for å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren.

Samfunnsoppdrag

Direktoratet for e-helse skal styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å understøtte effektive og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Direktoratet skal legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling.

Myndighetsrolle

Direktoratet for e-helse er et forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og nasjonal myndighet på e-helseområdet. Direktoratet skal være en faglig rådgiver, pådriver og premissgiver i digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren.

Direktoratet skal legge til rette for en forutsigbar og helhetlig e-helseutvikling gjennom å samle sektorens behov og utarbeide forslag til nasjonale strategier og planer på e-helseområdet. Videre skal direktoratet være en premissgiver gjennom å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv.

Direktoratet for e-helse skal sikre nasjonal samordning og prioritering gjennom å legge til rette for en konsensusbasert styringsmodell for e-helse. Styringsmodellen for e-helse skal ha bred sektordeltagelse som skal gi direktoratet råd i saker om e-helsetiltak med nasjonal betydning. Direktoratet for e-helse skal føre en systematisk og offentlig oversikt (portefølje) over sektorens e-helsetiltak med nasjonal betydning. Direktoratet skal bidra til at vedtatt politikk settes i verk i tråd med de føringene Helse- og omsorgsdepartementet gir.

Direktoratet har etter fullmakt fra Helse- og omsorgsdepartementet fortolkningsansvaret for deler av pasientjournalloven med tilhørende forskrifter.

Fagutvikling

Direktoratet for e-helse skal være helse- og omsorgssektorens og departementets sentrale rådgiver på e-helseområdet. Direktoratet skal følge med på utviklingen av digitaliseringen i sektoren og forhold som påvirker denne, og oppdatere og tilgjengeliggjøre nøkkeltall som beskriver utviklingen på e-helseområdet. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og være det nasjonale kompetansemiljøet for nasjonale digitaliseringstiltak på e-helseområdet. Direktoratet for e-helse skal holde seg orientert om og informere om den nasjonale og internasjonale utviklingen på fagområdet.

Kommunikasjon

Direktoratet for e-helse skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Direktoratet for e-helse skal formidle kunnskap og innsikt i e-helserelaterte tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Dialog med og involvering av innbyggere, pasienter, helsepersonell, leverandører og andre sentrale interessegrupper er en viktig forutsetning for direktoratets oppgaver.

Årsverk

Direktoratet for e-helse hadde om lag 325 årsverk i 2018 mot om lag 314 årsverk i 2017.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 40 mill. kroner til kap. 701, post 72 knyttet til lønns- og driftskostnader for ansatte som overføres til Norsk Helsenett SF.

Nasjonal koordinering og samordning på e-helseområdet

En sentral oppgave for direktoratet er å forvalte den nasjonale modellen for samordning og prioritering (styringsmodellen for e-helse) og føre en systematisk oversikt (portefølje over nasjonale e-hesetiltak). Målet er å styrke samordningen og bidra til raskere gjennomføring av e-helseutviklingen slik at gevinster i større grad kan hentes ut. Det er et særlig behov for å understøtte innføring av nasjonale e-hesetiltak i kommunene. Styringsmodellen skal ha bred sektordeltakelse og være

rådgivende overfor direktoratet. Modellen skal bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren opptrer samordnet og i henhold til nasjonale strategier, og legge til rette for felles beslutninger og aktiviteter slik at helse- og omsorgspolitiske mål kan nås.

Direktoratet for e-helse skal lede og ivareta sekretariatsfunksjonen for det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger som settes ned av Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2019. Se nærmere omtale under kap. 701, post 72.

Standardisering, informasjonssikkerhet og personvern

Direktoratet for e-helse skal legge til rette for en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling, bl.a. gjennom å utarbeide og vedlikeholde anbefalinger, retningslinjer og veiledere om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv.

Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten er et verktøy for å begrense uønsket variasjon og sikre enhetlig elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Krav til bruk av felles standarder er en viktig forutsetning for å sikre god samhandling mellom systemer og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Videre vil tydelige rammebetingelser med krav og prinsipper for IKT-utvikling understøtte innovasjon og næringsutvikling. Departementet planlegger høsten 2019 å sende på høring endringer i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten for styrke innføringen av felles standarder.

Personvern og informasjonssikkerhet er en forutsetning for digitalisering. Direktoratet for e-helse utarbeidet i 2019 en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse innen IKT for helse- og omsorgssektoren. På bakgrunn av trusselbildet, funn fra hendelser og øvelser, og en gjennomgang av foreslåtte tiltak fra tidligere utredninger og rapporter, foreslås fem konkrete tiltak som vil kunne løfte sikkerhetsnivået i sektoren på kort og mellomlang sikt. Tiltakene retter seg mot myndigheter og nasjonale aktører og peker på behov for gode beredskapsplaner og strategier, årlige øvelser og en styrking av både myndighetsrollen og den operative oppfølgingen.

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (Normen) er en bransjenorm som er utarbeidet og forvaltes av organisasjoner og virksomheter i sektoren. Normen skal bidra til tilfredsstillende informasjonss-

sikkerhet og godt personvern hos den enkelte virksomhet og i sektoren generelt. En ny versjon av Normen er utarbeidet i løpet av 2019 og har vært på offentlig høring. Den nye versjonen vil etter planen vedtas av Normens styringsgruppe i starten av 2020.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte 85,3 mill. kroner til kap. 701, post 72 til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Én innbygger – én journal

Regjeringens mål er én innbygger – én journal. Arbeidet videreføres i 2020 gjennom de tre parallelle tiltakene i veikartet: Helseplattformen i region Midt-Norge, som et regionalt utprøvningsprosjekt av det nasjonale målbildet (se omtale under kap. 732, post 82), samordnet videreutvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger og løsning for helhetlig samhandling og felles journalløsning for kommunene utenom Midt-Norge.

Direktoratet for e-helse har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 gjennomført en konseptvalgutredning i tett samarbeid med sektoren. Direktoratet anbefalte en løsning for helhetlig samhandling og felles journal i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette konseptet er det alternativet som oppfyller mål og krav best, og som har den største samfunnsøkonomiske nytten. Størstedelen av den beregnede nytten ved tiltaket vil tilfalle kommunesektoren. Det er også det konseptet som fra et innbyggerperspektiv i vesentlig grad vil bidra til mer helhetlig og koordinert helsetjeneste av høyere kvalitet og vil gi innbyggerne mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutnin-

ger om egen helse og ivareta sine personvernretigheter. Konseptet er kvalitetssikret høsten 2018 (KS1) og den eksterne kvalitetssikrer støtter anbefalingen. Direktoratet for e-helse fikk i 2019 i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt og utarbeide sentralt styringsdokument i tråd med statens prosjektmodell. Sentralt styringsdokument skal deretter gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før investeringsbeslutning og fastsettelse av prosjektets kostnadsramme kan fremmes for Stortinget.

Bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk

Det foreslås ytterligere 84 mill. kroner til bedre pasientsikkerhet og samhandling med standardisert språk, til sammen 101 mill. kroner i 2020 inkludert bidrag fra aktørene i sektoren. Direktoratet for e-helse skal lede arbeidet med å etablere et felles og enhetlig språk i helse- og omsorgssektoren. Standardisert språk benyttes for strukturering av informasjon i elektroniske informasjonssystemer i helsetjenesten. SNOMED CT er anbefalt brukt som standardisert språk (helseterminologi) av Direktoratet for e-helse og Nasjonalt e-helsestyre. Et felles språk vil gi bedre pasientsikkerhet, samhandling og kunnskaps- og forskningsgrunnlag ved at helsefaglige opplysninger kan dokumenteres, formidles og forstås på en entydig måte. Uten et standardisert språk vil ikke strukturerte data i pasientjournalene kunne utnyttes fullt ut. Sektoren har i 2019 startet arbeidet med å etablere et felles språk. Arbeidet skal videreføres og styrkes i 2020. Helseplattformen i Midt-Norge vil være først ut med å ta i bruk SNOMED CT i større omfang. Terminologien skal på sikt tas i bruk i løsning for helhetlig samhandling og felles journal i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg vil eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten og de nasjonale e-helseløsningene kunne ta dette i bruk.

Kap. 745 Folkehelseinstituttet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	1 075 418	1 044 831	1 065 075
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	181 283	141 489	145 287
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	12 823	12 477	12 789
Sum kap. 0745		1 269 524	1 198 797	1 223 151

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 2 mill. kroner flyttes fra kap. 714, post 21 knyttet til varige oppgaver

Samfunnsoppdrag

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag er å produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester. På denne måten bidrar Folkehelseinstituttet til bedre helse i Norge og globalt.

Folkehelseinstituttet er direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Instituttet arbeider med beredskap, infrastruktur og kunnskap. Instituttet skal understøtte Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Mattilsynet, Miljødirektoratet og andre nasjonale og lokale myndigheter med relevant kunnskap. Folkehelseinstituttet skal sammenstille og kommunisere kunnskap om helserelevante tema for å bidra til kunnskapsbasert praksis og offentlig debatt. Folkehelseinstituttet er faglig uavhengig.

Roller

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i den nasjonale og globale helseberedskapen, jf. helseberedskapsloven, smittevernloven og lov om folkehelsearbeid. Beredskapsarbeidet skjer i tett samarbeid med nasjonale og internasjonale myndigheter og fagmiljø. Samarbeidet med Helsedirektoratet er tett og bygger på en rolledeling med utgangspunkt i ansvarsprinsippet og samvirkeprinsippet. I definerte kriser koordinerer Helsedirektoratet håndteringen, mens Folkehelseinstituttet overvåker helsetilstanden og yter kunns-

skapsstøtte og gir råd til direktoratet, andre beslutningstakere og publikum.

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt, jf. smittevernloven § 7-9, med tilhørende funksjoner og ansvar. Instituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige myndigheter, helsepersonell og befolkningen innen smittevern og miljømedisin.

Folkehelseinstituttet skal sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap og har ansvar for innkjøp, lagring, distribusjon og oppfølging av vaksiner i vaksinasjonsprogrammene, jf. omtale under kap. 710 Vaksiner mv. Oppfølging av vaksiner innebærer bl.a. gode data på vaksinasjonsdekning, forekomst av sykdom, immunitet i befolkningen, uønskede hendelser etter vaksiner og holdninger til vaksine. Folkehelseinstituttet bidrar i grunn-, videre- og etterutdanning innenfor instituttets fagområder. Instituttet veileder master- og doktorgradskandidater, er godkjent institusjon for legespesialistutdanning og bidrar i undervisning i universitets- og høyskolesektoren. Instituttet driver også omfattende kunnskapsformidling.

Folkehelseinstituttet produserer selv kunnskap gjennom forskning, utredninger og statistikk, men har også en rolle som forvalter av helsedata som nasjonal infrastruktur for andres kunnskapsproduksjon.

Myndighetsfunksjoner

Folkehelseinstituttet skal overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen og utføre helseanalyser på smittevernfeltet. Instituttet gir faglige retningslinjer for gjennomføring av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet (Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 3), anbefalinger om innholdet i tuberkuloseun-

dersøkelsen (Forskrift om tuberkulosekontroll § 4-5) og samordner utarbeiding av faglige veiledere og retningslinjer for smittevernarbeidet (Forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3-3). Folkehelseinstituttet godkjenner skadedyrsbekjempere (Forskrift om skadedyrbekjempelse § 4-2).

Når det er nødvendig for å sette i verk tiltak eller for å få oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, jf. smittevernloven § 2-2.

Forvaltningsoppgaver

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag deles inn i områdene:

- Tjenester og infrastruktur
- Beredskap og sikkerhet
- Kunnskap

Områdene omtales nærmere under post 01 Driftsutgifter.

Fagutvikling

Folkehelseinstituttet driver fagutvikling på samtlige av instituttets fagområder. Instituttet driver bl.a. en rekke utviklingsprosjekter for digitalisering av virksomheten og tjenestene, samt satsinger på tiltaksforskning, sykdomsbyrdeanalyser, kunnskapsoppsummeringer av folkehelseiltak, helse- og helsetjenesteanalyser, og samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenestene om psykisk helse, rus og vold og om smittevern og miljømedisin. Instituttet er også pådriver i arbeidet for bedre tilgang til helsedata og biobanker, persontilpasset medisin, innovasjon og utviklingen av et kunnskapssystem for bedre folkehelse i tråd med HelseOmsorg21-strategien.

Kommunikasjon

Folkehelseinstituttet skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Folkehelseinstituttet skal formidle kunnskap og innsikt i helserelaterte tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Instituttet skal ha en bred kontaktflate og bidra til bedre folkehelse og gode helse- og omsorgstjenester. Instituttet utvikler kontinuerlig nettsiden og bruken av sosiale medier og andre kanaler for dialog med brukere og kommunikasjon med befolkning og fagfolk. Instituttet skal bidra til en

opplyst samfunnsdebatt gjennom åpenhet om forskning, helseanalyse og arbeidsmetoder. Videre har instituttet lovpålagte oppgaver knyttet til smittevern og beredskap som særlig krever en rask og åpen kommunikasjon overfor beslutningstakere lokalt, nasjonalt og internasjonalt, samt media og befolkningen generelt.

Årsverk

Folkehelseinstituttet hadde om lag 866 årsverk i 2018, mot om lag 911 årsverk i 2017. Vel 20 pst. av årsverkene i 2018 var knyttet til eksternt finansierte oppdrag.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås å flytte:

- 2 mill. kroner fra kap. 714, post 21 knyttet til varige oppgaver på smittevernområdet som utføres av Folkehelseinstituttet.

God kunnskap

Befolkningen og myndighetene trenger kunnskap om helse og helsetjenester for å kunne ta gode avgjørelser. Folkehelseinstituttet står for overvåking og analyser av helsetilstanden i befolkningen og forhold som påvirker den, og produserer kunnskap som bidrar til bedre helse- og omsorgstjenester.

Folkehelseinstituttet skal bidra med god og nyttig kunnskap på folkehelse- og helsetjenestefeltet basert på forskning og helseanalyse som inkluderer helsetjenesteanalyse, helsetjenesteforskning, kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og risikovurderinger. Kunnskapsstøtten skal gi Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, kommunene og andre myndigheter nødvendig grunnlag for riktige prioriteringer og policy- og tjenesteutvikling, slik som befolkningsrettede virkemidler, forebyggende tiltak og helsefremmende arbeid. Kunnskapsstøtten skal også fremme kunnskapsbasert praksis, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene. Folkehelseinstituttet utarbeider metodevurderinger for de regionale helseforetak for å understøtte mer kunnskapsbasert praksis ved innføring av nye metoder som medisinsk utstyr, diagnostiske metoder m.m. Instituttet har også et overordnet ansvar for å varsle om nye metoder som er på vei inn i markedet, og hvor det er behov å gjennom-

føre vurderinger med hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet.

Instituttet skal gi kunnskap om effekt av tiltak som kan virke helsefremmende eller forebyggende. Dette omfatter bl.a. temaene smittevern, miljømedisin, fysisk helse, psykisk helse, rus, vold, overgrep. På de områdene der Folkehelseinstituttet er nasjonalt kompetanseorgan, skal instituttet også være en bidragsyter innenfor global helse. Folkehelseinstituttet publiserte i 2018 621 vitenskapelige artikler. Andelen artikler i nivå 2-tidsskrifter var på 25 pst. i 2018. Videre har instituttet levert rapporter med analyse av helsetilstand og helsetilbud i Norge, bl.a. Helsetilstanden i Norge 2018 som er en kortversjon av Folkehelse-rapporten. I tillegg er det publisert oppdaterte folkehelseprofiler for kommuner, fylker og bydeler.

I forbindelse med Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) har instituttet i samarbeid med andre aktører på feltet utredet data-grunnlaget for å inkludere vold og overgrep i folkehelseprofilene. Formålet er at kommunene skal kunne følge med på utviklingen og iverksette forebyggende tiltak. Det tas sikte på å publisere indikatorer for vold og overgrep i 2020.

Folkehelseinstituttet har gjennomført en nasjonal brukererfaringsundersøkelse med fastlegetjenesten i 2019, som ledd i evaluering av fastlegeordningen og på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Senter for fruktbarhet og helse ble etablert som et Senter for fremragende forskning (SFF) ved Folkehelseinstituttet 1. november 2017. Senteret er finansiert med midler fra Norges forskningsråd. 11 vitenskapelige artikler er publisert siden etableringen av senteret. Videre har senteret utviklet nye metoder for å studere samspill mellom gener, arv og miljø i studier av foreldre/barn-trioer.

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler årlig midler til KS som, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, driver flere nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp. Det foreslås å videreføre læringsnettverkene i 2020 og det vises til omtale under kap. 762, post 21 og kap. 765, post 21.

Det er svak kunnskap om utbredelsen av psykiske lidelser i befolkningen i Norge. Som en del av HUNT4 har Folkehelseinstituttet gjennomført en befolkningsbasert helseundersøkelse om psykiske lidelser i Nord-Trøndelag. For å få godt kunnskapsgrunnlag fra større byer, og for å prøve ut web-baserte innsamlingsmetoder, utvides undersøkelsen i 2019 til også å gjelde Trondheim. Folkehelseinstituttet skal bidra i arbeidet med oppfølgingen av Opptrappingsplan for barn og

unges psykiske helse (2019–2024). Folkehelseinstituttet leverte i 2019 en kunnskapsoppsummering om selvmordsforebyggende tiltak. Oppsummeringen er et viktig bidrag inn i arbeidet med en ny handlingsplan mot selvmord.

Folkehelseinstituttet har etablert et senter for evaluering av folkehelseiltak. Senteret skal gjennomføre nasjonale evalueringer og støtte kommuner og fylkeskommuner i metodikk for tiltaksevaluering. Senter for informerte helsebeslutninger skal utvikle metoder som skal gjøre kunnskapsoppsummeringer lettere tilgjengelige og mer forståelige, samt øke befolkningens evne til kritisk vurdering av helsepåstander.

Folkehelseinstituttet har i 2019 gjennomført midtveiseevaluering av Handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021), gjennom en egen ekspertgruppe som leverer rapport med anbefalinger høsten 2019.

Folkehelseinstituttet skal sammen med Lege-middelverket delta i det nyopprettede internasjonale samarbeidet rundt metodevarsling i regi av Belgia, Nederland, Luxembourg og Østerrike. Norsk deltakelse i International Horizon Scanning Initiative (IHSI) skal avlaste nasjonale ressurser ved at IHSI-databasen kan brukes supplerende eller som erstatning til gjeldende kilder om nye legemidler og metoder på vei inn i markedet. Deltakelse skal finansieres gjennom rammebevilgningene og skal fordeles med likt beløp på de fire regionale helseforetakene, Legemiddelverket og Folkehelseinstituttet. IHSI-avtalen skal gjelde for inntil 5 år.

Antallet kjemiske stoffer som produseres øker sterkt. Folkehelseinstituttet er involvert i internasjonale fora (REACH, EFSA, SCCS, WHO) for rådgivning når det gjelder helseeffekter av kjemikalier generelt og luftforurensning fra ulike kilder. For å kunne bidra med ny kunnskap og evaluere eksisterende kunnskap deltar Folkehelseinstituttet i europeiske konsortier (EUROMIX, Helix, HBM4EU) hvor det understrekes hvordan blandinger av kjemiske stoffer påvirker helsen.

Enhet for migrasjonshelse ved instituttet arbeider med å se nærmere på migrasjonsvariabler i ulike registerdata blant annet gjennom et samarbeid med Senter for fruktbarhet og helse ved instituttet. Det er publisert en rapport om sammenhengene mellom levekår og helse blant innvandrere på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Brukererfaringer er en viktig del av kvaliteten på helsetjenesten. Folkehelseinstituttet skal planlegge, gjennomføre og rapportere nasjonale brukererfaringsundersøkelser i tråd med fem-årsplanen som Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet utarbeidet for departementet i 2019.

Folkehelseinstituttet skal utføre oppgavene og videreutvikle rollen som «National Project Manager» for OECDs nye undersøkelse av brukeropplevd kvalitet (Patient-Reported Indicator Survey, PaRIS). Folkehelseinstituttet er Norges kontaktpunkt for EUs narkotikaovervåkningsbyrå, EMCDDA.

Folkehelseinstituttet deltar i EUs Joint Action for Tobacco Control. Folkehelseinstituttet vil få nye oppgaver som følge av forventet innlemmelse av EUs tobakksdirektiv 2014/40/EU. Kostnadene er foreløpig estimert til 1,1 mill. kroner og dekkes inn gjennom gebyrinntekter fra tobakksindustrien, jf. kap. 3740, post 04. Systemene er under utarbeidelse og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2020.

Folkehelseinstituttet følger med på erfaringene med endringene som er gjort i alkohollovgivningen de seneste årene, og skal også følgevaluere ev. gjennomføring av den foreslåtte endringen i rammene for Vinmonopolets åpnings-tider.

God beredskap og sikkerhet

Beredskap handler om å kunne oppdage helse-trusler raskt og iverksette tiltak som effektivt beskytter liv og helse, og bidrar til samfunnets sikkerhet. Folkehelseinstituttet driver kontinuerlig overvåking og støtter andre myndigheter med kunnskap, og har blant annet døgnåpne beredskapstelefoner og forvalter et nasjonalt beredskapslaboratorium.

Folkehelseinstituttets beredskapsansvar er forankret i smittevernloven, helseberedskapsloven, folkehelseloven og sikkerhetsloven, samt i overordnede nasjonale beredskapsplaner som beredskapsplanen for pandemisk influensa og Nasjonal helseberedskapsplan, men også andre lover og dokumenter er relevante. Folkehelseinstituttet skal tilby nødvendige tjenester i eksterne og interne krisesituasjoner og være i stand til å håndtere situasjoner innen instituttets ansvarsområder som krever ekstraordinær innsats over tid. God nasjonal helseberedskap er også avhengig av godt samarbeid mellom de nasjonale aktørene og en god global helseberedskap. Folkehelseinstituttet deltar i det nyopprettede Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser og er nasjonalt kontaktpunkt for blant annet EUs og WHO's meldesystemer for smittsomme sykdommer.

Instituttet skal understøtte myndigheter og operative enheter med kunnskap om risiko og helsekonsekvenser av hendelser, herunder smittevern-vakt, mikrobiologisk beredskapsvakt, nasjonal vannvakt og vaktordning for kjemikalieberedskap ved Giftinformasjonen. Dette omfatter også laboratoriekapasitet og vaksineforsyning i beredskapssituasjoner. Ved miljø- og kjemikaliehendelser bistår Folkehelseinstituttet kommuner, nødetater, helsetjenesten og befolkningen med råd om helserisiko forbundet med akutt eller langvarig eksponering for helseskadelige kjemikalier. Antall henvendelser til Folkehelseinstituttet om miljø- og kjemikaliehendelser er økende bl.a. som følge av en tydeliggjøring av instituttets ansvar på dette området.

Folkehelseinstituttet er sekretariat for Nasjonal vannvakt som er en døgnbemannet rådgivningstjeneste for vannverk som trenger råd og støtte ved akutte hendelser. Vaktordningen har vært i permanent drift siden 2017. Arbeidet med å nå de nasjonale målene på drikkevanns- og sanitærområdet videreføres i 2020.

Folkehelseinstituttet skal videreutvikle kapasiteten knyttet til miljø- og kjemikaliehendelser som kan skade mennesker. Døgnåpen varslingsordning for mottak og håndtering av varsler om hendelser iht. varslingsplikt for kommuner i forskrift om miljørettet helsevern er etablert ved instituttet. Folkehelseinstituttet bistår lokale helsemyndigheter og Mattilsynet ved en rekke utbrudd av smittsomme sykdommer årlig. Folkehelseinstituttet gir råd og bistand for håndteringen og har også en feltepidemiologisk gruppe som rykker ut i snitt to til tre ganger i året for lokal bistand. Eksempelvis bisto Folkehelseinstituttet Askøy kommune under drikkevannshendelsen i 2019.

Folkehelseinstituttet laget i 2018 rapporten Situasjonsbeskrivelse av smittevernet i Norge. Dette dokumentet har dannet grunnlaget for departementets arbeid med Handlingsplan for et bedre smittevern. Folkehelseinstituttet vil ha en sentral rolle i implementeringen av denne handlingsplanen. I forbindelse med Nasjonal strategi mot hepatitter (2018–2023) skal Folkehelseinstituttet styrke kunnskapen om forekomsten av hepatitt B og C i befolkningen generelt og spesielt blant personer som injiserer stoff med sprøyte, og vurdere effekten av igangsatte tiltak.

Folkehelseinstituttet deltar i Joint Action for Vaccination (EU JAV). EU JAV har som mål å utvikle verktøy for å bedre vaksinasjonsdeknin-gen i EU og dermed bedre folkehelsen. Prosjektet vil bygge videre på eksisterende initiativ og pro-

sjekter, for å styrke det europeiske samarbeidet på vaksinasjonsfeltet.

Folkehelseinstituttet har videreført arbeidet med omlegging og modernisering av laboratorievirksomheten i 2019. Overgangen til ny teknologi muliggjør effektivisering av prosesser og gir nye muligheter innen smittevernsarbeidet. Bl.a. gir teknologien mer detaljert utbruddsetterretning og bedre muligheter for modellering av utfall av ulike folkehelseiltak. Mer detaljert informasjon om endringene er tilgjengelig bl.a. på Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no.

Effektive tjenester og infrastruktur

Godt folkehelsearbeid krever pålitelige helsedata, avanserte laboratorieanalyser og effektiv logistikk. Folkehelseinstituttet leverer infrastruktur for folkehelse gjennom å forvalte nasjonale helseregistre og referanselaboratorier, og ved å sørge for trygg vaksineforsyning.

Folkehelseinstituttet utvikler og leverer tjenester og infrastruktur som møter brukernes og helse- og omsorgstjenestenes behov, bl.a. vaksineinnkjøp og distribusjon, giftinformasjon, utlevering av data fra nasjonale helseregistre og helseundersøkelser, datainnsamling, biobanktjenester, bibliotekstjenester, herunder Helsebiblioteket, og nettbaserte tjenester som «Mine vaksiner». Instituttet legger til rette for bruk av digitale tjenester som skal bygge på tilgjengelige nasjonale felleskomponenter.

Folkehelseinstituttet bidrar gjennom deltakelse i Helsedataprogrammet til sektorens planer om realisering av fellestjenester og utvikling av en helseanalyseplattform. Folkehelseinstituttet bruker fellesløsninger for personverntjenester og innbyggertjenester for relevante helseregistre. Videre bidrar Folkehelseinstituttet til harmonisering og interoperabilitet mellom helseregistrene og helseundersøkelsene, slik at data i større grad skal kunne analyseres på en effektiv måte på tvers av datakilder. Se også omtale av Helsedataprogrammet under kap. 701 E-helse, helseregistre mv.

Folkehelseinstituttet følger opp arbeidet med helseundersøkelser, med særlig fokus på folkehelse i kommunene (fylkeshelseundersøkelser). Innsamling av nye data baseres i all hovedsak på web-løsninger. I 2019 samarbeider instituttet med fylkeskommunene om fylkeshelseundersøkelser i Sogn og Fjordane, Troms, Finnmark og Agderfylkene. Spørsmål om livskvalitet er innarbeidet i undersøkelsene, og instituttet skal i 2020, sammen med Helsedirektoratet, fortsette arbeidet

med å innhente og publisere data om livskvalitet i befolkningen.

Instituttet har i 2019 fokusert på å sikre at forvaltningen av Den norske mor, far og barn undersøkelsen (MoBa) tillater størst mulig gjenbruk av data, inkluderte genetiske data. Det har også blitt arbeidet med nødvendige tilpasninger ifm. at barna i MoBa-undersøkelsen blir voksne, og dette arbeidet vil fortsette i 2020.

Folkehelseinstituttet har i 2019 arbeidet med innføring av elektronisk melding om dødsfall og dødsårsak i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Arbeidet fortsetter i 2020. Innføring av elektronisk melding må samordnes med Skattedirektoratets arbeid med å modernisere Folkeregisteret og Direktoratet for e-helse sitt samarbeidsprosjekt for modernisert folkeregister i helse- og omsorgssektoren. Se nærmere omtale under kap. 701, post 21.

Folkehelseinstituttet drifter «System for innføring av vaksiner i offentlig regi», slik at prosessen som fører frem til beslutning om at vaksine skal finansieres av det offentlige er forutsigbar, transparent og kunnskapsbasert. System for metodevarsling og metodevurdering er tatt i bruk for vaksiner slik som for andre legemidler, og det er opprettet en faglig referansegruppe for nasjonale vaksinasjonsprogram.

Vitenskapskomiteen for mat og miljø

God kunnskap og vitenskapelig dokumentasjon er avgjørende for å nå målene i mat- og miljøpolitikken. Vitenskapskomiteen for mat og miljø (VKM) er en tverrfaglig uavhengig komité. VKM har egne vedtekter fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 1. april 2018. Komiteen består av om lag 120 vitenskapelige eksperter fra en rekke fagfelt. Komiteen er avhengig av at kunnskapsinstitusjonene legger til rette for at deres ansatte kan delta i komiteens arbeid. VKM utfører uavhengige, vitenskapelige risikovurderinger på mat- og miljøområdet på oppdrag fra Mattilsynet og Miljødirektoratet. Sekretariatet er en egen organisatorisk enhet i Folkehelseinstituttet, er norsk kontaktpunkt for den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (EFSA), deltar i EFSA Advisory Forum og i EFSA's faglige nettverk. Ny komite ble oppnevnt i 2018.

Post 21 spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbe-

grensende prosjekter, herunder utgifter til eksterntfinansierte oppdrag. Se nærmere omtale under post 01 God kunnskap.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider.

Kap. 3745 Folkehelseinstituttet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
02	Diverse inntekter	300 900	184 787	189 747
	Sum kap. 3745	300 900	184 787	189 747

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker bl.a. inntekter fra oppdrags- og bidragsfinansiert aktivitet og laboratorieprøver.

Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjetttiltak som omtalt i del I.

Kap. 746 Statens legemiddelverk

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	309 288	288 252	308 275
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		30 000	30 805
	Sum kap. 0746	309 288	318 252	339 080

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i Del I, og generell pris- og lønnsjustering:

Bevilgningen foreslås økt med:

- 4 mill. kroner til håndtering av legemiddelmanneg
- 3 mill. kroner til styrking av arbeidet som fagmyndighet på området medisinsk utstyr
- 1,3 mill. kroner til forvaltningsansvar for produktregelverket for elektromedisinsk utstyr (overført fra JD/DSB)
- 7 mill. kroner til dekning av økte pensjonsutgifter.

Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner til kap. 701, post 21 til forvaltning og drift av «En vei inn», jf. omtale under kap. 781, post 21.

Samfunnsoppdrag

Legemiddelverkets samfunnsoppdrag er å være nasjonalt forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og fagmyndighet for medisinsk utstyr. Legemiddelverket skal bidra til at de overordnede målene for legemiddelpolitikken blir oppfylt. Målene er å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, at legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og legge til rette for forskning og innovasjon. For medisinsk utstyr skal Legemiddelverket påse at medisinsk utstyr som selges og brukes i Norge er trygt og sikkert.

Roller

Legemiddelverket er gjennom forskrifter tillagt spesiell myndighet for regulering av legemiddelmarkedet på produsent-, grossist- og detaljistnivå samt forvaltning av forhåndsgodkjent refusjon i blåreseptordningen. Legemiddelverket har fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr. Fra mars 2019 har Legemiddelverket også fått forvaltningsansvaret for produktregelverket for elektromedisinsk utstyr.

Myndighetsfunksjoner

Legemiddelverket godkjenner hvilke legemidler som kan markedsføres i Norge og fastsetter prisen på legemidler som er reseptpliktige. Legemiddelverket fatter videre vedtak om hvilke legemidler som skal gis forhåndsgodkjent refusjon innenfor blåreseptordningen hvis kostnadene ikke overstiger fullmaktsgrensen. Legemiddelverket fatter vedtak om apotekkonsesjon og om tillatelse til tilvirknings- og grossistvirksomhet med legemidler, og de er tilsynsmyndighet overfor legemiddelprodusenter, grossister og apotek.

Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA), Heads of Medicines Agencies (HMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Legemiddelverket er fagmyndighet for medisinsk utstyr i Norge og representerer Norge i europeiske fora på området medisinsk utstyr. Markedsovervåking og regelverksutvikling på området medisinsk utstyr er også Legemiddelverkets ansvar.

Forvaltningsoppgaver

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt og vurdering av nytte-risikoforholdet ved godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), godkjenning av produktinformasjon (preparatomtale, pakningsvedlegg og merking), fastsettelse av maksimalpris og trinnpris for reseptpliktige legemidler til mennesker, opptak på forhåndsgodkjent refusjon, hurtig metodevurdering av sykehuslegemidler, endringer og vedlikehold av markedsføringstillatelse for legemidler, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll og tilsyn med aktører i legemiddelforsyningskjeden. Videre inngår veiledning om riktig legemiddelbruk, godkjenning av legemiddelutprøvinger, utviklingsplaner for legemidler til barn og godkjenning av avansert terapi. Legemid-

delverkets oppgaver omfatter også utredning av dokumentasjon for miljøkonsekvenser av legemiddelbruk. Legemiddelverket arbeider med å tilrettelegge for systematisk veiledning av norske aktører innen legemiddelforskning og legemiddelutvikling. Legemiddelverket har også ansvar for regelverket som fastslår hva som er narkotiske stoffer (narkotikalisten) og forvalter ordningen med salg av legemidler utenom apotek. Videre er Legemiddelverket tilskuddsforvalter for Relis (regionale legemiddelinformasjonsentre) og Vetlis (Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsenter).

Legemiddelverket forvalter bestemmelsene i lov og forskrift om medisinsk utstyr samt tilsyn med at disse etterleves. Sentrale forvaltningsoppgaver er veiledning og tilsyn med markedsaktørene og teknisk kontrollorgan. Legemiddelverket skal arbeide aktivt for at relevante aktører er kjent med EUs forordninger, og være en pådriver for å formidle viktig informasjon om sikkerhet ved medisinsk utstyr. Legemiddelverket forvalter også en ordning med registrering av homøopatiske legemidler, og fra 2018 har Legemiddelverket fått ansvar for å forberede, og etter hvert forvalte, en registreringsordning for elektroniske sigaretter.

Fagutvikling

Legemiddelverket skal følge med på forhold som påvirker målene for legemiddelpolitikken og gi råd og veiledning på legemiddelområdet. Legemiddelverket skal sammenstille kunnskap og erfaringer, og gjennomføre utredninger og situasjonsanalyser innenfor etatens ansvarsområder.

Kommunikasjon

Statens legemiddelverk skal, i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken, ha kunnskap om sine målgrupper og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Legemiddelverket skal formidle kunnskap og innsikt i relevante tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Etaten skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode helse- og omsorgstjenester.

Årsverk

Statens legemiddelverk hadde om lag 287 årsverk i 2018, mot om lag 263 årsverk i 2017.

Legemiddelverket overtok ansvaret for området medisinsk utstyr fra Helsedirektoratet i 2018. Dette sammen med nye stillinger i forbindelse

med økt innsats på inntektsgivende EU-arbeid, er hovedårsaken til vekst i antall årsverk.

Post 01 Driftsutgifter

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

Sammenliknet med saldert budsjett 2019 foreslås følgende endringer, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i Del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 4 mill. kroner i økt bevilgning til håndtering av legemiddelmangel
- 3 mill. kroner i økt bevilgning til styrking av arbeidet som fagmyndighet på området medisinsk utstyr
- 1,3 mill. kroner i økt bevilgning til forvaltningsansvar for produktregelverket for elektromedisinsk utstyr (overført fra JD/DSB)
- 7 mill. kroner i økt bevilgning til dekning av økte pensjonsutgifter.
- 0,5 mill. kroner overføres til kap. 701, post 21 til forvaltning og drift av «En vei inn», se omtale av «En vei inn» under kap. 781, post 21.

Formålet med bevilgningen er å bidra til at målene for legemiddelpolitikken blir oppfylt.

God kvalitet ved behandling med legemidler

Søknader om markedsføringstillatelse for viktige/nye innovative legemidler behandles innenfor et europeisk samarbeid hvor Norge har de samme plikter og rettigheter som andre europeiske land. Aktiv og målrettet deltagelse i det europeiske samarbeidet gir arbeidsdeling, styrker kvaliteten på vedtakene som fattes og bidrar til å sikre god nasjonal forvaltning. Legemiddelverket yter særlig innsats innen biologiske og biotilsvarende legemidler, avanserte terapier (celler og vev og genterapi) og legemidler med immunologiske effekter. Kreftlegemidler, vaksiner, antibiotika og legemidler til bruk mot sykdommer i sentralnervesystemet er prioriterte terapiområder. Det europeiske samarbeidet gir Norge muligheter til å effektivisere gjennom arbeidsdeling, påvirke godkjenning og bruk av legemidler og utforming av det europeiske regelverket.

Innen veterinærmedisin er legemidler til fisk et spesielt viktig område siden tilgangen på effektive vaksiner og andre legemidler har stor betydning for oppdrettsnæringen.

Antall preparater med markedsføringstillatelse på det norske markedet er i løpet av de siste 10 årene mer enn firedoblet. Samtidig er legemiddel-

mangel en økende nasjonal og internasjonal utfordring. I Norge skyldes dette i stor grad forhold utenfor våre grenser og vår kontroll. Det kan dreie seg om stans i markedsføring eller redusert produksjon av et legemiddel pga. endringer i produksjonslinjen, redusert tilgang på råvarer, kvalitetssvikt i ferdigprodusert legemiddel eller naturkatastrofer som kan resultere i plutselig skade på produksjonsanlegg. Det er derfor viktig å ha en effektiv organisering av beredskapen for akutt håndtering av mangelsituasjoner. Legemiddelverket har opprettet samarbeid med Legemiddelindustrien (LMI), Apotekforeningen, Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst (OUS) og legemiddelgrossister for å håndtere utfordringen best mulig. Legemiddelverket er også aktiv i nordisk og europeisk samarbeid på området.

Bivirkningsovervåking av legemidler til mennesker er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Bivirkningsmeldinger samles i en nasjonal database hos Legemiddelverket. Data i denne databasen deles internasjonalt. Dette samarbeidet gjør at nye bivirkninger kan identifiseres raskt og at harmoniserte tiltak kan settes i verk. Legemiddelverket arbeider med å fornye og digitalisere det nasjonale systemet for bivirkningsovervåking. Bivirkningsregisterforskriften etablerer system for bivirkningsrapportering som lovbestemt helseregister. Gjennom prosjektet «En Vei Inn» ble det i 2018 etablert mulighet for elektronisk melding av bivirkninger fra helsepersonell.

Legemiddelverkets tilsynsaktivitet omfatter årlig om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg føres det tilsyn med kliniske legemiddelutprøvinger, systemer for bivirkningsrapportering, blodbanker og 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.

Legemiddelverket gjennomførte våren 2019 tilsyn, med Norsk medisinaldepot (NMD) og deres pakkeleverandør, etter melding om mange avvik på levering av multidoser til pasienter i hjemmesykepleie og sykehjem i 72 kommuner, herunder Stavanger, Bergen og Kristiansand. Legemiddelverket påser at NMD retter opp avvikene som ble avdekket under tilsynet.

Nytt internasjonalt regelverk skal gjøre det vanskeligere å forfalske legemidler, og dette gjelder nå også i Norge. Dette omfatter skjerpede krav til aktørene i distribusjonskjeden og til netthandel med legemidler. Legemiddelverkets tilsynsoppgaver har dermed økt. I 2019 er det inn-

ført krav til unik identifisering av hver enkelt legemiddelpakning i EU/EØS-området og Legemiddelverket følger opp at aktørene i Norge vil kunne ivareta dette.

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.

For å avdekke nye stoffer og stoffgrupper som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripos, Toll- og avgiftsdirektoratet og Statens institutt for rusmiddelforskning. Før oppføring på listen vurderer Legemiddelverket hvor farlig og hvor vanedannende et stoff er.

Legemiddelverket informerer om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler. Informasjonsarbeidet er rettet mot både helsepersonell og publikum. For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket utviklet tjenesten Forskrivnings- og ekspedisjonstøtte, Fest, som en del av e-reseptløsningen. Fest muliggjør oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journalsystemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Dataene i Fest inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder også informasjon som gjør at legene i forskrivningsprosessen kan få informasjonsvarsler for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Varsler fra Legemiddelverket er også tatt i bruk av Felleskatalogen. Legemiddelverket jobber for bruk av varselfunksjonen også i andre informasjonskanaler. Gjennom SAFEST-prosjektet utvider Legemiddelverket sammen med de Regionale helseforetakene, tilgangen til strukturert produktinformasjon som er viktig for spesialisthelsetjenestens kurvesystemer.

Medisinsk utstyr

Rollen som fag- og tilsynsmyndighet innebærer å forvalte et produktregister og føre tilsyn med produkter, produsenter og andre omsettere, samt tekniske kontrollorgan. Fra 8. mars 2019 er ansvaret for å forvalte produktregisteret for elektromedisinsk utstyr også lagt til Legemiddelverket.

Medisinsk utstyr dekker et stort spekter av produkter. Produktene blir stadig mer avanserte, og utviklingen går i retning av utvidet bruk av bio-, gen- og nanoteknologi. Samtidig kan utstyret inneholde bl.a. legemidler, celler/vev og derivater av blod.

Lov om medisinsk utstyr regulerer produksjon, merking/markedsføring, omsetning og bruk av medisinsk utstyr. Forskrift om medisinsk utstyr retter seg mot enhver som produserer, markedsfører eller omsetter utstyr for bruk i Norge eller annen EØS-stat og mot tekniske kontrollorgan. Forskriften har som formål å sikre at medisinsk utstyr ikke medfører fare for pasienter, brukere og ev. andre personers sikkerhet i forbindelse med produksjon, konstruksjon, omsetning og bruk av slikt utstyr.

Legemidler skal ha lavest mulig pris

For å sikre lavest mulig pris på reseptpliktige legemidler fastsettes det en maksimal utsalgspris lik gjennomsnittet av de tre billigste av ni land i Vest-Europa. Disse prisene revideres årlig for de mest omsatte legemidlene. For å utnytte konkurransen i markedet for byttbare legemidler er trinnprissystemet innført. Trinnprissystemet omfatter om lag 130 virkestoff. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen.

Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler

Fra 1. januar 2018 er det innført krav om metodevurdering for alle nye legemidler som vurderes for offentlig finansiering. I en metodevurdering blir legemidlene vurdert ut fra prioriteringskriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighet. Basert på slike vurderinger kan Legemiddelverket innvilge forhåndsgodkjent refusjon for legemidler dersom utgiftene for folketrygden ikke overstiger fullmaktsgrensen (100 mill. kroner i minst ett av de fem første årene med refusjon). Legemiddelverket har også ansvar for å utføre hurtig metodevurderinger av legemidler etter bestilling fra regionale helseforetak i nasjonalt system for nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Videre har Legemiddelverket ansvar for tidligvarsler om nye legemidler.

Legemiddelverket skal sammen med Folkehelseinstituttet delta i det nyopprettede internasjonale samarbeidet rundt metodevarsling i regi av BeNeLuxA landene. Norsk deltakelse i International Horizon Scanning Initiative (IHSI) skal avlaste nasjonale ressurser ved at ISHI databasen kan brukes supplerende eller som erstatning til gjeldende kilder om nye legemidler og metoder på vei inn i markedet. Deltakelse skal finansieres gjennom rammebevilgningene og fordeles med likt beløp mellom de fire regionale helseforetakene, Legemiddelverket og Folkehelseinstituttet. IHSI

avtalen skal gjelde for inntil 5 år. Det vises til omtale av International Horizon Scanning Initiative (IHSI) under kap. 732, postene 72–75.

Legge til rette for forskning og innovasjon

I 2020 skal ny lovgiving for klinisk legemiddelutprøving tre i kraft i Europa. Vesentlige endringer er at søknader om studier som involverer flere land skal sendes inn i en felles europeisk portal og det skal gis ett svar tilbake fra myndighetene. Pasientene vil få mulighet til innsyn i hvilke studier som er planlagt eller pågår og resultater av avsluttede studier gjennom denne portalen. Legemiddelverket har fått ekstra oppgaver med hensyn til å koordinere den nasjonale delen av prosessen mellom Legemiddelverket og etiske komitéer. Legemiddelverket bistår og gir innovasjonsstøtte til bedrifter og akademia med veiledning og råd innen legemiddelutvikling, klinisk forskning og helseøkonomi. Legemiddelverket veileder også apotek, grossister og tilvirkere på legemiddelområdet. Det forventes større satsning på innovasjon og bedriftsetablering innen helseområdet i årene som kommer. For å øke sannsynligheten for å lykkes med å ta fram et produkt som kan få markedsføringstillatelse, er det viktig med en god regulatorisk strategi. Veiledning i regi av legemiddelmyndigheter er et vesentlig bidrag til dette. Beslutningen om offentlig finansiering er i mange tilfelle avgjørende for når pasientene får reell tilgang. God og relevant dokumentasjon om kost-

nadseffektivitet er sentral for denne beslutningen, og det er derfor viktig med nasjonal rådgivning også på helseøkonomiområdet før det settes i gang kliniske studier.

Tobakksdirektivet

Legemiddelverket deltar i EUs Joint Action for Tobacco Control som skal bidra til bedre implementering av EUs tobakksdirektiv 2014/40/EU. EUs tobakksdirektiv oppstiller en rekke nye registrerings- og produktkrav for e-sigaretter, jf. Prop. 142 L (2015–2016). Med forbehold om Stortingets samtykke til innlemmelse av direktivet i EØS-avtalen, vil Legemiddelverket få nye registrerings- og tilsynsoppgaver for e-sigaretter. Kostnadene er estimert til 13,29 mill. kroner og skal dekkes inn gjennom registreringsgebyr og tilsynsavgift, jf. kap. 3746, post 04 og kap. 5572, post 74. Etter ytterligere forsinkelser er ikrafttredelse forventet i 2020. Systemene er under utarbeidelse, og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på kostnadene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i revidert nasjonalbudsjett 2020.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Posten omfatter Legemiddelverkets kostnader knyttet til oppdragsvirksomhet/inntektsgivende arbeid innenfor det europeiske samarbeidet på legemiddelområdet, jf. kap.3746, post 02.

Kap. 3746 Statens legemiddelverk

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
02	Diverse inntekter	35 616	30 000	30 805
04	Registreringsgebyr	64 192	92 193	76 917
05	Refusjonsgebyr	624		
	Sum kap. 3746	100 432	122 193	107 722

Sammenliknet med saldert budsjett 2019 foreslås bevilgningen redusert med 17,2 mill. kroner knyt-

tet til nedgang i gebyrbelagte søknader om markedsføringstillatelser.

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 markedsføringstillatelse eller vurdering av klinisk utprøving av et

legemiddel samt en registreringsordning for homøopatiske legemidler. Videre er 9,52 mill. kroner av bevilgningen knyttet til en registreringsordning for e-sigaretter etter tobakksdirektivet, jf. omtale under kap. 746, post 01. Systemene for registreringsordningen for e-sigaretter er under utarbeidelse, og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på disse inntektene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater for registreringsordningen for e-sigaretter i revidert nasjonalbudsjett 2020.

Samlet er gebyrinngang i 2020 over post 04 anslått til i størrelsesorden 75 mill. kroner og bevilgningen er derfor foreslått redusert med 17,2 mill. kroner.

Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	98 531	94 236	110 648
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	15 796	18 432	13 127
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 627	4 494	4 606
Sum kap. 0747		118 954	117 162	128 381

Andre vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 5,57 mill. kroner mot tilsvarende økning i inntekter over kap. 3747, post 04 knyttet til gebyr og avgifter
- 4,3 mill. kroner for å styrke driften av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet
- 2 mill. kroner knyttet til Direktorat for strålevern og atomsikkerhets oppgaver innenfor medisinsk strålebruk, både innenfor konvensjonell stråleterapi og protonterapi
- 2,9 mill. kroner i redusert bevilgning mot tilsvarende reduksjon i inntekter over kap. 3747, post 02 knyttet til nedgang i eksternt finansierte oppdrag

Samfunnsoppdrag

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. 1. januar 2019 endret etaten navn fra Statens strålevern til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet arbeider for å redusere negative følger av stråling, både eksponering for naturlig stråling som radon og UV, og ved å påse at håndtering av strålekilder, radioaktivt avfall og utslipp, medisinsk strålebruk, og avvikling av og opprydding etter atomanleggene (dekommisjonering) gjennomføres riktig og forsvarlig.

Videre arbeider DSA for økt atomsikkerhet både nasjonalt og internasjonalt, og bidrar til ikke-spredning av radioaktivt materiale.

Etter invitasjon fra regjeringen gjennomførte Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA) i 2019 en helhetlig gjennomgang av norsk forvaltning på strålevern- og atomsikkerhetsområdet. Anbefalingene fra IAEAAs team vil følges opp i 2020 og fremover, og det skal vurderes en oppfølgende gjennomgang om tre til fem år.

Roller

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet utøver sitt samfunnsoppdrag bl.a. ved å forvalte regelverk, føre tilsyn, informere, overvåke, vei-

lede, bygge opp og forvalte kunnskap. DSA er fag- og forvaltningsmyndighet på områdene strålevern, atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall.

DSA overvåker naturlig og kunstig stråling i miljø og arbeidsliv, leder den nasjonale atomberedskapen, og utfører forsknings- og utviklingsvirksomhet og deltar i internasjonale prosjekter på strålevern- og atomsikkerhetsområdet.

DSA er nasjonalt referanselaboratorium på vegne av Justervesenet for måleenheter innenfor stråling og radioaktivitet.

Myndighetsfunksjoner

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har selvstendig beslutningsmyndighet etter strålevernloven, atomenergiloven og forurensningsloven. DSA er Klima- og miljødepartementets direktorat på området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. DSA er direktorat for Utenriksdepartementet på områdene internasjonal atomsikkerhet, ikke-spredning, nedrustning og eksportkontroll. DSA forvalter tilskuddsmidler under regjeringens atomhandlingsplan. DSA er innstillende myndighet overfor Forsvarsdepartementet etter atomenergiloven og tilsynsmyndighet når det gjelder anløp av militære reaktordrevne fartøy. DSA leder og har sekretariat og operasjonslokale for den nasjonale atomberedskapen.

Videre leder DSA Myndighetsforumet som består av DSA, Politiets Sikkerhetstjeneste (PST), Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), Politidirektoratet (POD) og Tollvesenet og arbeider for å hindre at nukleært og radioaktivt materiale kommer på avveier og for sikring av norske atomanlegg.

Forvaltningsoppgaver

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har ansvar for forvaltning og tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning, herunder med de to forskningsreaktorene i Norge, og ved anløp av reaktordrevne fartøyer og med radioaktive utslipp og radioaktivt avfall. DSA skal kartlegge og overvåke stråling i miljøet, og ha oversikt over stråledoser til befolkningen og i miljøet fra alle kilder, samt øke kunnskapen om forekomst, risiko og effekt av stråling.

Fagutvikling

Over tid har DSA fått nye oppgaver og er avhengig av å utvikle ny kompetanse og kunnskap for å

kunne utføre sitt samfunnsoppdrag. Kompetanse- og kunnskapsutvikling gjøres både internt og ved bruk av ekstern ekspertise. Blant annet har DSA opprettet en egen rådgivende komité med eksterne eksperter på området reaktorsikkerhet og håndtering av brukt kjernebrensel.

Et viktig grunnlag for DSAs forvaltningsoppgaver er data om strålingsmiljøets tilstand og endringer over tid.

DSA deltar i et Senter for fremragende forskning finansiert av Forskningsrådet, i samarbeid med Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Folkehelseinstituttet, Meteorologisk institutt og Norsk institutt for vannforskning. Videre deltar DSA i nordiske og EU-finansierte prosjekter. Prosjektporteføljen understøtter og bidrar til videreutvikling av myndighetsrolle og forvaltning, og bidrar til DSAs faglige råd til departementene. Videre følger DSA kontinuerlig med på ny kunnskap, normer og anbefalinger som utvikles i internasjonale fora som IAEA, WHO og United Nations Scientific Committee on Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR) og legger dette til grunn for videreutvikling av nasjonal forvaltning.

Kommunikasjon

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet legger den statlige kommunikasjonspolitikken til grunn for sin kommunikasjonsvirksomhet. DSA har som hovedmål å formidle kunnskap til samfunnet innenfor sine fagområder, og dermed bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt og til å påvirke beslutninger og atferd til vern for helse og miljø. Kommunikasjonen skal være målrettet, korrekt og dekkende, og utformet i et forståelig og klart språk. DSA er opptatt av å ha gode og brukervennlige digitale løsninger for sin kommunikasjon med omverdenen.

Årsverk

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet hadde om lag 114 årsverk i 2018, mot om lag 116 årsverk i 2017.

Post 01 Driftsutgifter

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

Det foreslås flyttet 2,9 mill. kroner fra kap. 747, post 21 knyttet til at gebyrer og avgifter er budsjettert på feil post, jf. omtale der.

Bevilgningen foreslås økt med 4,3 mill. kroner for å styrke driften av DSA. Videre foreslås

bevilgningen økt med 2,05 mill. kroner mot tilsvarende økning i inntekter på kap. 3747, post 04 knyttet til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhets arbeid med å forberede og avgi innstilling om søknader om konsesjon fra Institutt for energiteknikk (IFE) etter atomenergilooven, samt føre tilsyn med at regelverket etterleves og konsesjonsvilkårene oppfylles. Konsesjonsgebyret og tilsynsavgift er beregnet til hhv. 1,4 og 10,05 mill. kroner i 2020.

Bevilgningen foreslås økt med 3,52 mill. kroner mot tilsvarende økning i inntekter på kap. 3747, post 04 knyttet til DSA sitt arbeid med å forberede og avgi innstilling om søknader om konsesjon når det gjelder anløp av militære reaktordrevne fartøyer, samt føre tilsyn med at regelverket etterleves og konsesjonsvilkårene oppfylles.

Bevilgningen foreslås videre økt med 2 mill. kroner for å kunne oppfylle myndighetskravene innen medisinsk strålebruk, både innenfor konsesjonell stråleterapi og protonterapi. Dette innebærer tett oppfølging med protonterapivirkningene allerede i etableringsfasen og i en periode etter oppstart av klinisk drift, og økt tilsynsvirkosomhet ved stråleterapienheter med konsesjonell stråleterapi for å ivareta kvalitetssikring av virksomheten.

Medisinsk diagnostikk og behandling, nye utfordringer

Medisinsk strålebruk er i kontinuerlig utvikling, og nye strålemedisinske metoder og prosedyrer tas i bruk. Det skal etableres strålebehandling med protoner i Oslo og Bergen innen 2023 og 2025, og planleggingen av protonanleggene er startet. I samme periode skal det bygges fire nye stråleterapiavdelinger i Norge. Private sykehus ønsker å etablere strålebehandlingstilbud for utvalgte pasientgrupper. Dette innebærer en økning i DSAs oppgaver. DSA skal bygge kompetanse og kapasitet for å forvalte fagdirektorats- og myndighetsoppgavene knyttet til planlegging, bygging og drift av de to protonanleggene og den kommende utvikling i stråleterapikapasitet i Norge på en forsvarlig måte. For å sikre at strålevern blir ivaretatt i videre planlegging, bygging og drift, skal DSA fortsette dialogen og samhandlingen med helseforetakene og Sykehusbygg.

DSA skal fortsette å jobbe med å synliggjøre sin rolle i samarbeidsforum for Nye metoder, delta i samarbeidsfora med relevante aktører og leverandører, samt videreutvikle arbeidsprosesser som sikrer at strålevern blir ivaretatt ved innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

DSA inngikk i 2019 en samarbeidsavtale med Helsedirektoratet om å etablere et nasjonalt system for overvåking av medisinsk strålebruk, der Norsk pasientregister skal være et nøkkelregister. Systemet skal være operativt til å motta data fra virksomhetene fra 1. januar 2020. Videreutvikling av systemet og arbeid med kvalitetssikring av data skal gjøres i nær dialog med berørte parter, og et viktig fokusområde for 2020 er å jobbe for økt kvalitet på og komplette innrapporterte data.

I 2020 skal DSA i samarbeid med Helsedirektoratet og andre relevante aktører følge opp Nasjonal strategi om rasjonell bruk av bildediagnostikk.

Atomsikkerhet og miljø, nukleære anlegg – drift og avfall

Institutt for energiteknikk (IFE) drifter de to forskningsreaktorene i Halden og på Kjeller. Reaktorene i Halden og på Kjeller ble besluttet stengt i hhv. juni 2018 og i april 2019. Situasjonen har dermed på kort tid endret seg fra to forskningsreaktorer i drift i Norge, til en fase med planlegging av og overgang til avvikling og opprydning etter driften ved atomanleggene.

Konsesjonen til å eie og drive atomanlegget i Halden går ut desember 2020, og IFE har søkt om ny konsesjon høsten 2019. IFE fikk i 2018 ny konsesjon for atomanlegget på Kjeller for perioden frem til desember 2028. DSAs innstilling til konsesjon for atomanlegget på Kjeller ble gitt under forutsetning av at IFE dokumenterer jevn progresjon med å øke sikkerheten ved atomanlegget. Konsesjonen stiller derfor en rekke krav til forbedringer av sikkerheten og sikkerhetsanalysene, slik at det er bedre samsvar med internasjonale og nasjonale standarder og krav. DSA skal prioritere og følge opp atomsikkerheten og utfordringene ved IFE i fasen man nå går inn i med planlegging av dekommisjonering og virksomhetsoverdragelse fra IFE til Norsk nasjonal dekommisjonering (NND). NND ble etablert i 2018 og med den planlagte virksomhetsoverdragelsen og dermed ansvarsoverføring fra IFE til NND, vil også NND etter hvert bli et tilsynsobjekt for DSA.

Arbeidet med avvikling, opprydning og dekommisjonering skaper nye oppgaver og utfordringer for både IFE og etter hvert NND, som eier, og for DSA som forvaltnings- og tilsynsmyndighet. DSA skal fortsette å følge opp IFEs arbeid med å styrke sikkerhet og sikring ved IFEs reaktorer og tilhørende anlegg, også i avviklings- og dekommisjoneringsfasen. Videre skal DSA i arbeidet med avvikling og dekommisjonering samt

avfallshåndtering, gi råd og veiledning til departementene og til IFE og NND som tilsynsobjekter.

I 2020 skal DSA utarbeide et forslag til en nasjonal strategi for radioaktivt avfall, og fortsette arbeidet med avfallsstrømmer og deponikapasitet. Dette knytter seg særlig til håndtering av avfall fra en framtidig dekommisjonering av atomanleggene, inkludert løsninger for det brukte brenselet fra reaktorene og etablering av nytt lager for radioaktivt avfall. Se også omtale i Prop. 1 S (2019–2020), kap. 1423 Radioaktiv forurensning i det ytre miljø.

Antallet anløp av reaktordrevne fartøy til norske farvann har økt. DSA skal arbeide for å tydeliggjøre sin rolle som tilsynsmyndighet for anløp og gjennomgå beredskapsplaner på både militær og sivil side.

Nukleært og radioaktivt materiale, sikkerhet og ikke-spredning

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal i 2020 arbeide med oppfølgingene av anbefalingene fra IAEAs evaluering av Norges gjennomføring av forpliktelsene i Konvensjonen om fysisk sikring. Dette innebærer bl.a. bruk av pålegg om sikkerhetstiltak, oppdatering av regelverk og tverrsektorielt samarbeid. DSA skal føre tilsyn med IFEs arbeid med sikring av atomanleggene og nukleært materiale, inkludert arbeidet med cyber-sikkerhet, i tråd med ny dimensjonerende trusselvurdering som ble fastsatt årsskiftet 2017/2018.

Gjennom Myndighetsforumet samarbeider DSA og andre aktører for å hindre at smugling av nukleært og radiologisk materiale som kan brukes i terrorsammenheng skal intensiveres. Styrket grensekontroll for å hindre smugling av nukleært og annet radioaktivt materiale er et viktig element i dette arbeidet.

I 2020 skal DSA videreføre arbeidet med å bidra til å redusere risikoen for hendelser i nær-områdene i Russland, Ukraina, Hviterussland, Eurasia og Øst-Europa og for å hindre at nukleært materiale kommer på avveie. DSA skal delta aktivt i det internasjonale arbeidet knyttet til ikke-spredning av kjernevåpen og radioaktivt materiale samt for verifikasjon av nedrusting, og bistå Utenriksdepartementet i eksportkontrollarbeidet. I 2020 skal DSA planlegge og bistå Utenriksdepartementet i oppfølgingen av resultater og anbefalinger fra den internasjonale konferansen i Oslo i 2018 og workshopen i januar 2019 om å minimere og eliminere bruken av høy-anriket uran i sivil sektor.

Radioaktive strålekilder til industriell strålebruk

Om lag 4000 radioaktive strålekilder er registrert i Norge innenfor ulike typer industri og forskning. De 200 mest risikoutsatte virksomhetene har godkjenning fra DSA.

I 2020 vil DSA arbeide med sikring av radioaktive kilder med spesielt fokus på kilder under transport. DSA skal foreslå konkrete endringer i regelverket knyttet til sikkerhet ved innførsel, transport, bruk og avhending av radioaktive kilder.

Varierte bruksområder, det høye antallet strålekilder og det at virksomhetene er fordelt over store geografiske områder, gjør tilsyn på dette området til en utfordrende oppgave. DSA skal i 2020 føre tilsyn i tråd med en risikobasert tilnærming, og fokusere på effektivisering av forvaltningen gjennom digitalisering.

Beredskap, trusselbilde i endring

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal lede arbeidet for ytterligere styrking av den operative krisehåndteringsevnen for den nasjonale atomberedskapen. DSA skal i 2020 følge opp Nasjonal strategi for CBRNE-beredskap (2016–2020) og presentere det syvende dimensjonerende beredskapsscenarioet som er knyttet til bruk av atomvåpen i Norge. Endringer i trusselbildet skal tas opp i planverk og aktiviteter for å møte endrede behov i beredskap. En ny beredskapsstrategi skal ha fokus på å videreutvikle målekapasiteter, modellverktøy og tiltaksstrategier som på sikt vil gi en nødvendig styrking av den nasjonale atomberedskapen. Som sekretariat for Kriseutvalget for atomberedskap, vil DSA være en sentral pådriver for dette.

Atomberedskapen er styrket ved at målekapasiteten er økt og avtaler er etablert med målelaboratorier, samt at det arbeides for kompetanseheving og gjennomføres øvelser. DSA skal i 2020 forberede en stor nasjonal atomberedskapsøvelse i 2021. Videre skal DSA operasjonalisere og øve beredskapsplanverk innenfor miljøsektoren med fokus på roller og ansvar.

Ultrafiolett stråling (sol og solarier) og radon

Hudkreft er et folkehelseproblem i Norge. DSA skal i 2020 følge opp tiltakene i UV- og hudkreftstrategien i samarbeid med den nasjonale koordineringsgruppen og andre relevante aktører. Spesielt fokus i 2020 vil være UV-varslingen, og å nå ut til befolkningen med informasjon om sol, helseeffekter og solbeskyttelse.

DSA skal i 2020 videreføre arbeidet i den tverrsektorielle koordineringsgruppen med gjennomføring av den nasjonale radonstrategien. I Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga vises det til at arbeidet skal evalueres med tanke på en ny strategiperiode etter 2020. For å få flere til å måle radon og gjøre tiltak i boligene sine, skal DSA blant annet lage brukerrettet veiledning som gjør det enklere for boligeiere og leietakere. Videre skal DSA vurdere målrettede tiltak i særlig radonutsatte områder gjennom samarbeid med kommuner og primærhelsetjenesten, samt kartlegge og overvåke befolkningens eksponering. I forbindelse med strategiarbeidet skal det vurderes tiltak til gjennomføring av målinger og utbedringer i egne boliger.

Anmodningsvedtak

Informasjon om forebygging av hudkreft

Vedtak nr. 18, 15. november 2018

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for en mer helhetlig og strukturert satsing på informasjon, forebygging og tidlig oppdagelse av hudkreft.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Representantforslag 8:230 S (2017–2018) om tiltak for å redusere forekomst og dødelighet av føflekkreft, jf. Innst. 33 S (2018–2019).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom Direktoratet for strålevern og atomsikkerhets (DSA) ved vedtak av Nasjonal UV- og hudkreftstrategi. Strategien inneholder tiltak knyttet til både forebygging, kunnskap og informasjon samt tidlig oppdagelse. DSA har etablert en nasjonal tverrfaglig koordineringsgruppe og leder oppfølgingen av strategien.

Elektromagnetisk stråling

Helse- og omsorgsdepartementet har i samråd med DSA, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet besluttet at det skal opprettes et forum for

samarbeid mellom offentlige myndigheter om helserisiko, eksponering tilknyttet elektromagnetiske felt og oppfølging i helsetjenesten. Målet med forumet er å sikre bedre samarbeid om kunnskap, kommunikasjon, råd og veiledning knyttet til elektromagnetiske felt. Forumet skal ledes av DSA. Andre myndigheter, etater og interesseorganisasjoner vil inviteres ved behov.

Veterinærmedisinsk strålebruk

Bruk av stråling til diagnostikk og behandling av dyr er økende i omfang. Med tanke på apparatur, type undersøkelser og behandling, er veterinærmedisinsk strålebruk beslektet med medisinsk strålebruk på mennesker. Den veterinærmedisinske strålebruken er imidlertid mangelfullt regulert. DSA skal i 2020 vurdere om det er behov for å gjøre endringer i regelverket for å sikre tilstrekkelig strålevern, foreslå eventuelle konkrete endringer i regelverket og utarbeide tilstrekkelig informasjons- og veiledningsmaterieell knyttet til veterinærmedisinsk strålebruk.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Bevilgningen foreslås redusert med 2,9 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon i inntekter over kap. 3747, post 02 knyttet til nedgang i eksternt finansierte oppdrag. Det foreslås videre flyttet 2,9 mill. kroner til kap. 747, post 01 knyttet til at gebyrer og avgifter er budsjettetert på feil post, jf. omtale der.

Post 45

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeid herunder oppgradering, fornyelse og drift av basalt måleutstyr på atomberedskapsområdet i tråd med strategien for forvaltning av radioaktivitet i før og næringsmidler utarbeidet av DSA og Mattilsynet.

Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
02	Diverse inntekter	12 315	19 831	17 463
04	Gebyrinntekter	8 952	9 151	14 966
	Sum kap. 3747	21 267	28 982	32 429

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til salg av tjenester og prosjektfinansiering, f.eks. doseovervåkning, yrkeseksponering og kalibrering av solarier og strålekilder i sykehus. Inntektskravet foreslås redusert med 2,9 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon over kap. 747, post 21 knyttet til nedgang i eksternt finansierte oppdrag.

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra gebyr for behandling av søknad om konsesjon etter atomeverngiloven og tilsynsavgift i forbindelse med oppføring og drift av atomanlegg.

Inntektskravet foreslås økt med 5,57 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 747, post 01, jf. omtale der.

Kap. 748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	137 675	159 164	161 466
	Sum kap. 0748	137 675	159 164	161 466

Vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering:

- Bevilgningen foreslås redusert med 0,5 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 701, post 72 Helsenett SF/nasjonal tjenesteleverandør for forvaltning og drift av felles elektronisk meldeportal for ulike meldeplikter – prosjektet En vei inn. Se omtale av En vei inn i kap. 781, post 21.

Samfunnsoppdrag

Statens helsetilsyn skal bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i tjenestene, og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Tilsynsmyndighetene er Statens helsetilsyn og fylkesmennene. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret for tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid. Det overordnede til-

synsansvaret 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 faglig styring av tilsynet med tjenestene. Det innebærer å koordinere og harmonisere gjennomføringen av tilsynet, og legge til rette for at tilsynsmyndighetene vedlikeholder og styrker sin kompetanse. Statens helsetilsyn har også ansvar for utvikling av effektiv tilsynsmetodikk og måter for oppfølging av tilsyn, slik at nødvendige endringer skjer og forholdene bringes i tråd med kravene. Erfaringer og funn fra tilsyn aggregeres og analyseres, og formidles i form av rapporter og på annen måte. Statens helsetilsyn skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alt tilsyn.

Statens helsetilsyn er i tillegg overordnet klagemyndighet for klager om manglende innfrielse av rettigheter.

Tilsynsmyndighetens klagebehandling, tilsyn og rådgivning skal medvirke til at:

- rettssikkerhet, pasientsikkerhet og befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenestene er forsvarlige og til barnas beste
- svikt i tjenestene avdekkes, følges opp og forebygges

Roller

Statens helsetilsyn er overordnet myndighet både for tilsyn og for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter, og utøver myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Fylkesmannen er klage- og tilsynsmyndighet og fører tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid, og er direkte underlagt Statens helsetilsyn, jf. barnevernloven, sosialtjenesteloven og helsetilsynsloven.

Statens helsetilsyn har det faglige ansvaret for å vurdere konsekvensene av lovlige arbeidskonflikter som påvirker helse- og omsorgstjenesten.

Som sektortilsyn vil Statens helsetilsyn få ansvar for tilsyn i henhold til ny sikkerhetslov.

Myndighetsfunksjoner

Statens helsetilsyn har myndighet til å ilegge administrative reaksjoner overfor helsepersonell og virksomheter.

Statens helsetilsyn har myndighet til å gi pålegg om å rette forhold i helse- og omsorgstjenestene som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uforsvarlig. Dersom pålegg overfor spesialisthelsetjenesten ikke etterkommes, kan tvangsmulkt og stengning av institusjon brukes.

Som overordnet myndighet for fylkesmennenes utøvelse av tilsynsmyndighet og behandling av klager, har Statens helsetilsyn myndighet til å overprøve fylkesmannens avgjørelser av eget tiltak, herunder kontrollere om det foreligger feil ved faktum, saksbehandling og/eller rettsanvendelse.

Varsler og undersøkelser

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal straks varsle Statens helsetilsyn om dødsfall og alvorlige skader etter alvorlige hendelser som inntreffer utenfor påregnelig risiko. Varselsordningen ble fra 1. juli 2019 utvidet til å gjelde alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester.

Pasienter, brukere eller nærmeste pårørende har rett til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser.

Statens helsetilsyn skal ta imot, opplyse og vurdere alle varslene. Den som har varslet, skal snarest mulig få svar på om, og i så fall hvilken tilsynsmessig oppfølging varselet fører til. Det skal gjennomføres stedlig tilsyn når det er nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst.

Tilsynssaker

Fylkesmannen oppretter tilsynssaker på grunnlag av klager fra brukere, pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenestene. Når det gjelder barnevern og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, er det fylkesmennene som har ansvaret for å avslutte hver enkelt tilsynssak. De fleste tilsynssakene mot helsepersonell og virksomheter i helsetjenestene blir avsluttet av fylkesmennene. Disse avgjørelsene er endelige og kan ikke påklages. Når fylkesmannen mener at det kan være grunnlag for å reagere mot helsepersonell og/eller virksomhet, blir saken sendt til Statens helsetilsyn som har myndighet til å gi administrative reaksjoner.

Planlagt tilsyn

Statens helsetilsyn sin prioritering av områder for planlagt tilsyn bygger på vurderinger av risiko og fare for svikt i tjenestene. Tilsyn skal understøtte virksomhetenes eget ansvar for sikkerhet og kontinuerlig forbedring. Ressursene skal 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.

Tilsynsmyndighetene følger opp funn fra planlagte tilsyn til forholdene er rettet.

Tilsyn utført av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn fører selv tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker. Statens helsetilsyn er pålagt å føre jevnlig tilsyn med virksomheter som håndterer blod, blodkomponenter, celler, vev og organer.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Statens helsetilsyn oppgaven med å føre tilsyn med Justis- og beredskapsdepartementets arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap.

Med bakgrunn i avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gjeldende for perioden 2018–2019, ble Statens helsetilsyn gitt i oppdrag å føre tilsyn med helsetjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet. Helse- og omsorgsdepartementet er i dialog med Forsvarsdepartementet om å forlenge avtalen.

Fagutvikling og brukerinvolvering

Statens helsetilsyn arbeider langsiktig for å skape bedre sammenheng mellom ulike former for tilsyn med bakgrunn i enkelthendelser og planlagt tilsyn basert på risikovurderinger, og for å styrke samlet effekt av tilsynet.

Statens helsetilsyn har etablert et permanent brukerråd som representerer bredden av brukere, pasienter og pårørende fra barneverntjenesten, sosialtjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Brukerrådet skal fremme brukerperspektivet og bidra til at brukererfaringer blir brukt i alle former for tilsyn. Økt involvering av brukerne i alle tilsynsaktiviteter er en viktig del av rettssikkerhet og likebehandling av pasienter og brukere. Pasienters og brukeres erfaringer med tjenestene de mottar, er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten.

Til tross for at tilsyn er mye brukt som virkemiddel for kvalitetsforbedring innenfor ulike samfunnssektorer, er det lite forskningsbasert kunnskap som kan si noe om effektene av tilsyn. Helsetilsynet har gjennomført et omfattende forskningsprosjekt sammen med flere samarbeidspartnere knyttet til tilsyn med diagnostikk og behandling av sepsis (blodforgiftning). Helsetilsynet skal fra 2020 igangsette et nytt treårig forskningsprosjekt for å få mer kunnskap om tilsyn som virkemiddel for kvalitetsforbedring på barnevernsområdet.

Som ledd i arbeidet med å bedre tilsynet med barneverninstitusjoner, ble det i 2018 igangsatt et oppfølgingskurs i å gjennomføre samtaler med barn på barneverninstitusjoner. Statens helsetilsyn vil fortsette å arrangere ordinære kurs og oppfølgingskurs. Videre er det blitt utviklet en mobilapplikasjon (app) som hjelpemiddel for gjennomføring av samtaler med barn i barneverninstitusjoner. Statens helsetilsyn vil bidra til at alle embeter tar i bruk denne.

Statens helsetilsyn har i 2018 og 2019 innhentet, vurdert og gitt tilbakemelding på fylkesmennenes rapporter når det gjelder tilsyn med barne-

verninstitusjoner. I 2020 videreføres arbeidet med å heve kvaliteten på tilsynet med barneverninstitusjoner. Erfaringene fra arbeidet skal også brukes i videreutvikling av de øvrige tilsynsområdene innenfor barnevernet og de sosiale tjenester i Nav.

Statens helsetilsyn har i 2018 ferdigstilt prosjektet Det å reise vasker øynene – en gjennomgang av 106 barnevernsaker på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet. Helsetilsynet påpeker både svikt og god praksis. Rapporten skal brukes i videre kvalitetsutvikling av barnevernet.

Gjennom NESTOR, tilsynsmyndighetens registrerings- og styringssystem, følger Statens helsetilsyn med på fylkesmennenes saksbehandling. Rapporter fra planlagt tilsyn utført av fylkesmennene leses systematisk og følges opp i dialogen med embetene.

Statens helsetilsyn samarbeider med fylkesmennene og involverer andre fagmiljøer og brukere i utvikling av nye og forbedrede veiledere for tilsyn og klagesaksbehandling. Tilsynsskolen er et sammenhengende kvalifiseringsopplegg for å sikre at tilsynet holder et faglig høyt nivå og at praksis er lik over hele landet.

For å bidra til samordning av statlig tilsyn vil det i 2020 bli tatt i bruk en felles veileder for tilsyn med kommunal beredskapsplikt og helseberedskap. Veilederen er prøvd ut i noen embeter i 2019. Et felles tilsynsopplegg er utviklet for å føre tilsyn med etterlevelse av meldeplikten til barnevernet i barnehage, skole og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kommunikasjon

Statens helsetilsyn skal i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken ha kunnskap om målgruppene sine og kommunisere målrettet og effektivt med disse. Statens helsetilsyn skal formidle kunnskap og innsikt om helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester og om barnevern, og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Tilsynet skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode velferdstjenester og godt folkehelsearbeid.

Tilsynsmeldingen, årsrapporten og andre publikasjoner på www.helsetilsynet.no gir mer omfattende omtale av tilsynserfaringer og Statens helsetilsyns måloppnåelse.

Årsverk

Statens helsetilsyn hadde 107 årsverk i 2018, det samme som i 2017.

Post 01 Driftsutgifter

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

Varsler og undersøkelser

I 2018 avsluttet Statens helsetilsyn den tilsynsmessige oppfølgingen av 639 varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Varslene følges opp på ulike måter avhengig av innhold og alvorlighetsgrad. 327 saker ble avsluttet etter innledende undersøkelser. 290 saker ble avsluttet ved at de ble overført til fylkesmannen for tilsynsmessig vurdering. Helsetilsynet gjennomførte stedlig tilsyn i 18 varsler.

Statens helsetilsyn vil formidle tilsynserfaringer fra behandlingen av varsler og stedlige tilsyn gjennom en oppsummeringsrapport der både lovbrudd og forbedringspunkter skal vektlegges for å bidra til forsvarlige tjenester og bedre pasientsikkerhet.

Stortinget vedtok i 2018 nye varselordninger. Varslingsplikten som gjelder i spesialisthelsetjenesten ble utvidet til alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og i tillegg fikk pasienter og pårørende varslingsrett. Ordningene ble innført 1. juli 2019.

Statens helsetilsyn vil utvikle metodikk som sikrer oppfølging etter at lovbrudd er avdekket for å redusere risiko for at tilsvarende skal skje igjen i de samme virksomhetene.

Statens helsetilsyn vil videreutvikle samarbeidet med pasient- og brukerombudene og fylkesmennene, for i enda større utstrekning å bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn vil bidra til at fylkesmennene i større grad tar i bruk stedlig tilsyn som metode, siden dette kan opplyse komplekse saker på en bedre måte enn skriftlig saksbehandling.

Tilsynssaker

Fylkesmennene avsluttet 3729 tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester, 822 tilsynssaker om tjenester og tiltak innen barnevernet og 72 tilsynssaker innen sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen i 2018.

Tilsynssaker som avsluttes hos fylkesmannen i 2020, skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet. Saker hvor det er viktig å gripe inn raskt, der konsekvensene av svikt er alvorlige, skal ha høyest prioritet. Henvendelser som gjelder fare for liv,

helse og overgrep skal alltid følges opp og prioriteres.

Statens helsetilsyn behandlet 469 tilsynssaker i 2018. Det ble gitt 301 reaksjoner til helsepersonell og konkludert med brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 49 virksomheter. Til sammen 160 autorisasjoner ble tilbakekalt. Den hyppigste årsaken var misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen (eks. tyveri av legemidler, narkotikalovbrudd og vold).

Statens helsetilsyn ga i 2018 ett pålegg om stans av forskningsprosjekt med hjemmel i helseforskningsloven. I tillegg ble ett annet forskningsprosjekt pålagt å kalle tilbake ev. publiserte artikler basert på norsk forskning samt å returnere biologisk materiale til utlandet ev. destruere. Det ble gitt varsel om tvangsmulkt til en virksomhet som ikke hadde oppfylt opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Saken er avsluttet da virksomheten oppfylte opplysningsplikten.

Statens helsetilsyn vil arbeide med å videreutvikle kompetanse og metodikk for utredning og vurdering av virksomhetsansvaret i tilsynssaker.

Planlagte tilsyn

Fylkesmennenes tilsyn innen Statens helsetilsyns områder inkluderte i 2018 følgende:

- 882 tilsyn med barneverninstitusjoner, hvorav 60 systemrevisjoner i det landsomfattende tilsynet med barneverninstitusjoners arbeid med forsvarlig omsorg og bruk av tvang. 38 pst. av tilsynene var uanmeldte, og det ble gjennomført samtaler med 51 pst. av de registrerte barna.
- 4 tilsyn med kommunalt barnevern.
- 70 systemrevisjoner med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, de fleste som ledd i det landsomfattende tilsynet med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse.
- 151 systemrevisjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hvorav 53 i det landsomfattende tilsynet med tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse. I tillegg til systemrevisjonene gjennomførte fylkesmennene 34 tilsyn med annen metodikk, som egenvurderinger, uanmeldte tilsyn, stikkprøver eller med bruk av andre metoder.
- 56 tilsyn med spesialisthelsetjenesten, i all hovedsak fordelt mellom tilsyn med spesialisthelsetjenester til pasienter med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse, og oppfølgingstilsyn i form av journalgjennomganger etter tidli-

gere landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse av pasienter med blodforgiftning.

I 2020 skal det gjennomføres landsomfattende tilsyn med undersøkelser i barnevernet, med tilgjengelighet til sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og med bruk av tvungen helsehjelp i kommunen til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. I tillegg videreføres det landsomfattende tilsynet som startet i 2019 med tjenester til innlagt pasient som, på grunn av plassmangel, mottar spesialisthelsetjenester på annen avdeling/sengepost/enhet enn den som har spesifikk kompetanse.

Det planlegges å føre tilsyn med bruk av tvang i psykisk helsevern i 2020 og 2021.

I 2019 utvikler Helsetilsynet i samarbeid med fylkesmennene et digitalt verktøy for risikovurdering av barnevernsinstitusjoner. Verktøyet skal driftes fra 2020.

I løpet av 2019 har Statens helsetilsyn bygget opp kompetanse og kapasitet til å bedre kunne ivareta problemstillinger knyttet til digitale løsninger og bruk av informasjonsteknologi på de aktuelle tilsynsområdene. Dette vil videreutvikles i 2020.

Tilsyn og områdeovervåking utført av Statens helsetilsyn

I 2018 ble det gjennomført 16 tilsyn som omfattet 40 besøkte enheter og ett dokumenttilsyn ved virksomheter i spesialist- og kommunehelsetjenesten som håndterer blod, blodkomponenter, celler, vev og/eller organer. Statens helsetilsyn undersøkte hvordan utvalgte arbeidsoppgaver ble fulgt opp faglig og styringsmessig og konkluderte med lovbrudd ved sju av de 16 tilsynene.

Statens helsetilsyn vil i 2020 fortsette arbeidet med jevnlig tilsyn ved virksomheter som håndterer blod, celler og vev, samt ved donorsykehus og transplantasjonsvirksomhet. Et økende antall blodoverføringer ved virksomheter i kommunene vil fortsatt bli fulgt opp med tilsyn. Ved slike tilsyn vil det særlig bli lagt vekt på pasientsikkerheten ved blodoverføringer som utføres i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Overvåking og risikovurdering av virksomhetene vil bli utført og lagt til grunn ved fastsettelse av tilsynsfrekvens for de ulike virksomhetene. Statens helsetilsyn vil fortsette samarbeidet med tilsynsmyndigheter i EU/EØS land, Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk for hensiktsmessig oppfølging av de aktuelle virksomhetene.

Fylkesmennenes klagesaksbehandling

Fylkesmennene avsluttet 3721 klagesaker etter sosialtjenesteloven, 3800 klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenester og 660 klager på barneverntjenester eller på bruk av tvang og begrensninger i barneverninstitusjoner i 2018.

Fylkesmannen skal prioritere klagesaker hvor det er viktig å gripe inn raskt, og der konsekvensene av svikt er alvorlige.

Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt

Før kommunen kan sette i verk tvangstiltak for å avverge skade eller for å dekke grunnleggende behov overfor personer med utviklingshemning, skal fylkesmannen godkjenne vedtaket. I 2018 overprøvde fylkesmennene 1648 vedtak og godkjente 1528 av dem. Det ble gjennomført 229 stedlige tilsyn for å kontrollere tvangsbruk.

Når helsetjenesten fatter vedtak om bruk av tvungen somatisk helsehjelp overfor pasienter uten samtykkekompetanse, skal fylkesmannen gjennomgå vedtaket. Fylkesmennene gjennomgikk 4386 vedtak om tvungen helsehjelp i 2018 og opphevet eller endret 10 pst. av dem. 1654 vedtak ble etterkontrollert fordi de hadde varighet utover tre måneder, og 18 pst. ble da opphevet eller endret.

Statens helsetilsyn har i 2018/2019 sluttført revidering av tre retningslinjer for fylkesmennenes arbeid med saker som omhandler bruk av tvang og makt. Det blir laget et opplærings-/kvalifiseringsopplegg for fylkesmennene som skal gjennomføres fra 2020, og som skal være en del av Helsetilsynets tilsynsskole. Målet er å oppnå bedre harmonisering av hvordan fylkesmennene jobber med slike saker.

Kap. 3748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
02	Diverse inntekter	100	1 558	1 600
	Sum kap. 3748	100	1 558	1 600

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er i all hovedsak knyttet til overføringer fra Forsvarsdepartementet i henhold til avtale

om tilsyn med helsetjenester til norsk personell i militære utenlandsoperasjoner.

Kap. 749 Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
01	Driftsutgifter	8 052	40 433	40 092
	Sum kap. 0749	8 052	40 433	40 092

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- Bevilgningen foreslås redusert med 0,5 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 701, post 72 Helsenett SF/nasjonal tjenesteleverandør for forvaltning og drift av felles elektronisk meldeportal for ulike meldeplikter – prosjektet En vei inn. Se omtale av En vei inn under kap. 781, post 21.
- Posten reduseres med 0,5 mill. kroner mot tilsvarende økning i kap. 1605, post 01 for utføring av regnskapstjenester.

Samfunnsoppdrag

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Undersøkelseskommissjonen) skal undersøke alvorlige hendelser og andre forhold som kan påvirke pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Hensikten med undersøkelsene er å utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger for å bidra til læring og forebygging av alvorlige hendelser. Undersøkelseskommissjonen skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

Pasienter, brukere og pårørende kan sende bekymringsmelding om alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten til Undersøkelseskommissjonen. Det samme kan ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har i tillegg varslingsplikt til Undersøkelseskommissjonen om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Undersøkelseskommissjonen tar også i mot varsel om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen.

Roller

Undersøkelseskommissjonen sin rolle og oppgaver følger av lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten av 1. mai 2019. Undersøkelseskommissjonen er gjennom loven gitt myndighet til å gjennomføre undersøkelser av alvorlige hendelser eller andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelseskommissjonen er et forvaltningsorgan administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, men skal utføre sine oppgaver uavhengig og selvstendig. Undersøkelseskommissjonen kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Myndighetsfunksjoner

Undersøkelseskommisjonen setter i gang undersøkelsessaker på grunnlag av varsler om alvorlige hendelser eller fra andre kilder. Den avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller alvorlige forhold som skal undersøkes. Undersøkelseskommisjonen skal utarbeide en rapport som skal redegjøre for hendelsesforløpet i saker som undersøkes, og Undersøkelseskommisjonens vurderinger av årsaksforholdene. Rapporten skal også inneholde Undersøkelseskommisjonens ev. tilrådninger om tiltak som bør vurderes eller gjennomføres for å forebygge liknende hendelser i framtiden. Rapporten skal offentliggjøres.

Kommunikasjon

Tjenesteytere, pasienter eller brukere, nærmeste pårørende eller andre som undersøkelsen angår, skal få underretning dersom det settes i verk en undersøkelse og skal gis mulighet til å uttale seg om hendelsen eller forholdet. Undersøkelseskommisjonen vil videre kunne innhente forklaring fra enhver som den mener kan gi opplysninger som kan være av betydning for undersøkelsen.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker etableringskostnader, ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester.

Undersøkelseskommisjonen ble etablert 1. juni 2018 som et etableringsprosjekt under Helse- og omsorgsdepartementet og bestod av en direktør og en prosjektleder. I løpet av 2018 og starten av 2019 er det arbeidet med å rekruttere medarbeidere, utvikle virksomhetsstrategi med interne systemer for drift og saksbehandling, rutiner for håndtering og oppfølging av varsler, samt definering av Undersøkelseskommisjonens rolle i relasjon til andre aktører i helsetjenesten, forvaltningen og samfunnet i sin helhet.

Undersøkelseskommisjonen ble offisielt åpnet 2. mai 2019. Undersøkelseskommisjonen er lokalisert i Stavanger og teller fra 2. mai 2019 totalt 20 medarbeidere.

Mens etableringsperioden har vært preget av etableringskostnader, men ikke fulle lønnskostnader, vil Undersøkelseskommisjonen i 2020 være i en mer ordinær driftssituasjon med høyere aktivitet og kostnader knyttet til gjennomføring av undersøkelser.

Programkategori 10.60 Kommunesjeneren

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
761	Omsorgstjeneste	7 486 310	8 838 117	8 721 238	-1,3
762	Primærhelsetjeneste	999 443	1 179 148	1 210 889	2,7
765	Psykisk helse, rus og vold	2 247 028	2 298 753	2 127 026	-7,5
769	Utredningsvirksomhet mv.	17 164	17 991	16 495	-8,3
Sum kategori 10.60		10 749 945	12 334 009	12 075 648	-2,1

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
01-23	Statens egne driftsutgifter	451 483	436 823	457 705	4,8
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	5 557			
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	8 693 887	10 264 458	9 934 124	-3,2
70-89	Andre overføringer	1 599 018	1 632 728	1 683 819	3,1
Sum kategori 10.60		10 749 945	12 334 009	12 075 648	-2,1

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 153,6 mill. kroner i økt bevilgning til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, hvorav 179,6 mill. kroner i økt bevilgning til første års utbetaling av tilskudd til 2000 flere plasser og en reduksjon på -26 mill. kroner knyttet til tilsagn gitt tidligere år.
- 78,4 mill. kroner, avtalt i takstforhandlingene med Legeforeningen i 2019, til 100 avtaler om spesialisering i allmenntilmedisin (Alis-avtaler) og tilskudd til fastleger med stor andel listepasienter som krever mye oppfølging.
- 27,6 mill. kroner til ytterligere 100 flere avtaler om spesialisering i allmenntilmedisin (Alis-avta-

- ler) og 5 Alis-kontorer for å bistå kommuner i regionen med å inngå og følge opp Alis-avtaler.
- 22,1 mill. kroner i økt bevilgning som følge av utvidelse av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene med seks nye kommuner. Samtidig medfører endringer i forsøket en netto reduksjon på 34,1 mill. kroner. Samlet reduksjon vil være 12 mill. kroner.
- 12,5 mill. kroner til opptrappingsplan mot vold og overgrep.
- 6,7 mill. kroner i økt bevilgning til investeringstilskuddet til etablering av lokalt produksjonskjøkken, hvorav 4,8 mill. kroner knyttet til første års utbetaling av en samlet tilsagnsramme på 96,9 mill. kroner i 2020.

- 3,4 mill. kroner i økt bevilgning til Helseinnovasjonssenter i Kristiansund.
- 23,5 mill. kroner i redusert bevilgning til vertskommuner pga. frafall av beboere.
- 10,9 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av årlig reduksjon i gjenstående avdragskompensasjon.
- 30,8 mill. kroner flyttet fra kap. 732, post 70 knyttet til tilskudd til etableringer og drift av lindrende enheter.
- 369,1 mill. kroner er flyttet til Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60, fordi bevilgningen til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.
- 211,6 mill. kroner er flyttet til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, gjeldende rekruttering av psykologer. Det vises til omtale på kap. 571, post 60 i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.
- 87 mill. kroner er flyttet fra kap. 762, post 64 til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, knyttet til opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det vises til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60.
- 12,5 mill. kroner er flyttet til Kunnskapsdepartementets kap. 226, post 24, gjeldende programfinansiering av 0–24 samarbeidet.
- 1,5 mill. kroner i redusert bevilgning til styrking av andre prioriterte tiltak.

Programkategorien omfatter bevilgninger til utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester, statlige stimuleringsmidler til psykisk helse, rus- og voldsarbeid, investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser og lokalt produksjonskjøkken, midler til brukerstyring, prosjekter innen arbeid og psykisk helse, drift av kompetansesentre og arbeid mot vold, traumatisk stress og selvmord. Tiltakene under programkategorien bidrar også til oppfyllelse av delmål 3.4 og 3.5 i FNs bærekraftsmål, jf. nærmere omtale under del III 10 Internasjonalt samarbeid.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises til omtalen i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettproposisjon. I tillegg finansieres disse tjenestene gjennom Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd, hovedsakelig under programkategori 10.60, samt gjennom brukerbetaling og egenandeler og ved statlige trygderefusjoner til bl.a. lege- og fysioterapijenester, omtalt under programområde 30 og del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et faglig godt tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Alle skal ha et likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Regjeringens mål er å skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste. Det er brukernes behov som skal være utgangspunktet for omfang av og innhold i tjenestene. Regjeringen legger til rette for at kommunene kan fornye og forbedre helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen følger opp Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet i tråd med Innst. 40 S (2015–2016). Sentrale strategier og tiltak i meldingen er å legge til rette for økt tverrfaglighet og bedre samarbeid gjennom samlokalisering og arbeid i team, kompetansehevede tiltak, bedre lederopplæring og å utvikle og ta i bruk digitale løsninger. Etableringen av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er også et viktig tiltak for å få større kunnskap om tjenestene.

Målet med teamorganiseringen er å bedre tilgjengeligheten til tjenesten, skape større bredde og mer av sammenheng i tilbudet, bedre opplæringen og oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og av dem med store og sammensatte behov, og å skape mer koordinerte tjenester.

I 2018 ble det igangsatt pilotering av primærhelseteam i ni kommuner fram til 2021. De økonomiske rammene tillater nå en økning i antall legekontor som deltar og en forlengelse av forsøket til 2023. Det ble i 2018 også igangsatt en utprøving av oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov. Denne utprøvingen skal gå fram til 2021 i seks kommuner. Som del av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet piloteres forsøk med medisinsk avstandsoppfølging fram til 2021. Utprøvingen gjennomføres i seks kommuner/kommunesamarbeid i ulike deler av landet; tre prosjekter har kommuner som deltar i pilot med primærhelseteam og tre kommuneprosjekter har ordinær fastlegeordning.

Det har blitt vesentlig vanskeligere å rekruttere nye fastleger i alle deler av landet. Regjeringen har derfor igangsatt flere tiltak for å sikre god legedekning i hele landet, bl.a. ved å videreføre, justere og øke rekrutteringstilskudd og tilskudd til spesialiseringsavtaler (Alis). Treparsatsamarbeidet mellom Legeforeningen, staten og KS/Oslo kommune sikrer en tettere dialog om utfordringer og tiltak i fastlegeordningen.

En grundig evaluering av fastlegeordningen er gjennomført. Evalueringen viser at de vesentlige intensjonene med fastlegeordningen langt på vei er oppfylt. Kontinuitet og stabilitet i lege-pasientforholdet trekkes fram som den viktigste enkeltfaktoren for kvaliteten. Samtidig viser evalueringen at fastlegeordningen er presset. Arbeidsmengden til fastlegene har økt og oppleves nå av flere fastleger som u håndterbar. Stadig flere kommuner sliter med å rekruttere fastleger, flere fastleger slutter i yrket og studenter og LIS1-kandidater ønsker i liten grad å arbeide som fastlege. Som en separat del av evalueringen har Folkehelseinstituttet gjennomført en undersøkelse av brukernes erfaringer og deres vurderinger av behandlingen og oppfølgingen de har fått hos sin fastlege. Evalueringen viser at mange brukere er fornøyd med fastlegen. Samtidig mener mange at tilgjengeligheten ikke er god nok. Ordningen fungerer dårligst for pasienter med langvarige helseproblemer og sammensatte behov.

På grunnlag av evalueringen og annen kunnskap vi har om fastlegeordningen og allmennlegetjenesten for øvrig i kommunene, vil regjeringen legge fram en handlingsplan for allmennlegetjenesten våren 2020.

Å få til en bærekraftig og god legevaktordning i distriktene har vært en utfordring i mange år. For å møte denne utfordringen prøves det ut en ny organisering og nye arbeidsformer innen legevaktområdet fra høsten 2019 i Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal.

Fra 1. mars 2017 ble det innført krav om å være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering for å være fastlege. Fra 1. mars 2019 ble det i spesialistforskriften innført krav knyttet til spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Det ble bl.a. innført krav om veiledning og supervisjon gjennom hele utdanningsløpet for disse spesialistkandidatene. God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Som beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen, er det i kommunene behov for personell med høyere og bredere kompetanse enn i dag. På initiativ fra regjeringen skal det derfor etableres en ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse sykepleierne vil kunne utgjøre viktige kompetanseforsterkninger i hjemmesykepleien, på sykehjem og i primærhelseteam.

Fra 1. januar 2020 trer lovplikten om psykologkompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Det er et ledd i regjeringens satsing på psykisk helse og rus- og voldsfeltet, og inne-

bærer en klar kompetanseheving i de kommunale tjenestene.

Digitale verktøy er en nøkkel til å forbedre og forenkle helse- og omsorgstjenesten. Teknologiske løsninger prøves ut i mange kommuner, i ulike deler av tjenesten, f.eks. medisinsk avstandsoppfølging og teknologi som understøtter trygghet og mestring. Som et ledd i regjeringens modernisering av fastlegeordningen, arbeides det også med å legge bedre til rette for bruk av e-konsultasjon i fastlegepraksisene. For å ivareta pasientsikkerheten og kunne tilby helhetlige tjenester, er det behov for en samordnet nasjonal forbedring av kvaliteten på journal- og samhandlingsløsninger i helse- og omsorgstjenestene. Se nærmere omtale i kap. 744, post 21.

For å styrke lederkompetansen i tjenestene ble det i 2015 startet en lederutdanning i regi av Handelshøyskolen BI. Hittil har 616 fullført utdanningen, og evalueringene er gode.

Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet* – En kvalitetsreform for eldre skal legge til rette for at kommuner, helseforetak og andre kan lære av hverandre og implementere gode løsninger i tjenestene på reformens fem hovedområder: Et aldersvennlig Norge, aktivitet og felleskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng. Gjennomføringen av *Leve hele livet* startet 1. januar 2019 og varer ut 2023 med ulike faser for planlegging, gjennomføring og evaluering.

Som en oppfølging av *Leve hele livet* ble det i Stortingets behandling av revidert budsjett 2019, jf. Innst. 391 S (2018–2019), etablert et nytt tilskudd til lokale produksjonskjøkken. Tilskuddet skal benyttes til renovering og bygging ved etablering eller gjenetablering av lokale kjøkkenløsninger med eget produksjonskjøkken ved eksisterende sykehjem og omsorgsboliger for personer med heldøgns tjenestetilbud. Regjeringen vil foreslå en samlet tilsagnsramme på 400 mill. kroner i perioden 2019–2023. For 2020 foreslås det en tilsagnsramme på 96,9 mill. kroner med en bevilgning på 4,8 mill. kroner til første års utbetaling. Målet er å gjøre mat og måltider til en bedre opplevelse og styrke matomsorgen ved å bringe matlaging tettere på beboerne i sykehjem og omsorgsboliger.

Omsorg 2020 er en del av fundamentet til *Leve hele livet*. For 2020 foreslås *Omsorg 2020* fulgt opp ved å legge til rette for tilsagn om tilskudd til rehabilitering eller bygging av om lag 2000 heldøgns omsorgsplasser, hvorav 1000 plasser som netto tilvekst av heldøgns plasser.

I forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene skal det prøves om nasjonale tildelings-

kriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktiger behovsdekning. De kommunene som har deltatt i forsøket siden 2016 har inngått avtale om deltakelse ut 2022. Det foreslås å utvide forsøket med ytterligere seks nye kommuner med sikte på oppstart senest andre halvår 2020.

Utbygging av tilpassede og fleksible dagaktivitetstilbud er én av hovedsatsingene i Demensplan 2020. Kommunene får fra 1. januar 2020 en plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Det foreslås at dagaktivitetstilskuddet innlemmes i rammetilskuddet til kommunen over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett.

Regjeringen vil følge opp NOU 2017: 16 På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende, med en egen stortingsmelding. Stortingsmeldingen vil omfatte lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og vurdere innsats for pasientgrupper med særskilte behov, som for eksempel barn.

Pårørende spiller en viktig rolle for sine nærmeste. De er også en viktig ressurs for helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil utarbeide en egen pårørendestrategi. Det tas sikte på å legge frem strategien i løpet av 2019 og strategien vil følges opp med en handlingsplan. Strategien vil være diagnoseuavhengig og omhandle sentrale områder i pårørendes liv. Barn som pårørende vil omtales særskilt i strategien. Helse- og omsorgsdepartementet leder og koordinerer arbeidet, som gjennomføres i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Kulturdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere brukerstyrt personlig assistanse i sin helhet og komme med forslag til hvordan ordningen bør utformes for å sikre at den fungerer etter hensikten. Regjeringen vil at brukerstyrt personlig assistanse skal være et verktøy for å fremme likestilling og sikre brukerne mulighet for selvstendighet og aktivitet i hverdagen, uavhengig av funksjonsnivå.

Norge var et av de første landene i verden som utviklet en nasjonal demensplan. Demensplan 2020 ble lagt frem høsten 2015, og har en planperiode fra 2016 ut 2020. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at det har vært en positiv utvikling på feltet, men at det fortsatt er behov for videre satsing på området. Demens er en av de største globale utfordringene verden står overfor. Regjeringen vil følge opp dagens

demensplan med en ny demensplan – Demensplan 2025.

Regjeringen har satt ned et offentlig utvalg for å utrede autismefeltet og beslektede diagnoser som Tourettes syndrom. Utvalget skal gjennomgå og vurdere dagens situasjon og foreslå hvordan man kan forbedre tjenestene til disse brukergruppene. Utvalget skal levere utredningen innen utgangen av 2019.

Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats på rusfeltet. Hovedfokus ligger på kommunesektoren. Planen har en bred tilnærming over tre innsatsområder: tidlig innsats, behandling og oppfølging. Med forslaget om 150 mill. kroner i vekst i kommunenes frie inntekter, samt ny beregning av den samlede innsatsen for å gi flere rusavhengige et egnet sted å bo, er det blitt bevilget over 2,4 mrd. kroner til oppfølging av opptrappingsplanen i perioden 2016–2020. Planen er med dette overopplyst og avsluttes etter planen i 2020. For 2019 ble det bevilget 281 mill. kroner, hvorav 200 mill. kroner var vekst i kommunenes frie inntekter. I 2020 foreslås det 150 mill. kroner til opptrappingsplanen for rusfeltet som vekst i kommunenes frie inntekter.

Regjeringen har satt ned et offentlig utvalg for å forberede gjennomføringen av en rusreform, hvor ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Utvalget skal levere utredningen innen utgangen av 2019, og NOUen forventes sendt på offentlig høring første kvartal 2020.

Prop. 121 S (2018–2019) Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) ble lagt fram 7. juni 2019, og inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og behandlingsrettede initiativ. Regjeringen vil trappe opp innsatsen for å styrke barn og unges psykiske helse gjennom planperioden, og regjeringen vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innfasing og prioritering av enkelttiltak i planen. Opptrappingsplanen skal evalueres.

Regjeringen arbeider med av ny nasjonal handlingsplan for forebygging av selvmord i tråd med anmodningsvedtak nr. 614, 19. april 2018. Handlingsplanen vil omhandle både forebygging av selvmord i befolkningen og forebygging av selvmord i helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet leder arbeidet med planen.

Det skal også utarbeides en nasjonal tverrdepartemental handlingsplan mot vold i nære rela-

sjoner med særskilt omtale av vold og overgrep i samiske områder. Justis- og beredskapsdepartementet skal lede dette arbeidet.

Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplanen mot vold og overgrep (2017–2021) skal bidra til styrket, samordnet og tverrsektoriell innsats på voldsfeltet. Det er bevilget om lag 1 mrd. kroner fra 2017. I 2020 foreslås det til sammen bevilget ytterligere 54 mill. kroner til planen, hvorav 31,5 mill. kroner på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til lavterskeltilbud til mennesker som er redd for å begå overgrep, og til behandlingstilbud til personer som er dømt for seksuelle overgrep.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble etablert 1. desember 2017. Første versjon av registeret ble tilgjengelig våren 2018. KPR inneholder i dag data fra eksisterende registre (KUHR og Iplos), men vil på sikt utgjøre et helhetlig register for kommunale helse- og omsorgstjenester. Se omtale under kap. 701, post 21 og kap. 761, post 21.

I 2018 ble NOU 2018: 16 Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester, lagt fram. Utredningen er den første som behandler prinsipper for prioritering i denne delen av helse- og omsorgstjenesten. Utredningen har vært på høring, og det er varslet

i regjeringsplattformen at regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om prioritering i kommunene basert på dette arbeidet. Det tas sikte på at det kan legges fram en melding for Stortinget i løpet av 2020.

Regjeringen har startet arbeidet med en likeverdsreform. Reformen vil omhandle barn og familier som har eller venter barn med behov for sammensatte tjenester. Formålet er å gjøre livet og hverdagen enklere for disse familiene. Et sentralt mål med likeverdsreformen er at barn og familier med barn med behov for sammensatte tjenester skal motta sammenhengende og gode tjenester, og at pårørende skal oppleve ivaretagelse og inkludering. Likeverdsreformen er en omfattende reform som berører en rekke samfunnsområder. Den består av mange tiltak under flere departementer, herunder bl.a. pårørendestrategien, handlingsplanen for likestilling av mennesker, BPA, stortingsmelding om menneskerettigheter for utviklingshemmede mfl. Reformen følger av Granavolden-plattformen. Det vil bli gjennomført dialogkonferanser i ulike deler av landet for å få innspill til gode eksempler, nye løsninger og gode erfaringer til reformen. Dette er en reform som skal rulles ut fortløpende, hvor tiltakene og satsingene ferdigstilles og presenteres på ulike tidspunkt. Det tas sikte på å presentere helheten i reformen for Stortinget våren 2021.

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	150 297	191 641	192 152
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	18 195	10 125	10 449
61	Vertskommuner	928 286	934 778	940 311
62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	284 525	347 998	
63	Investeringsstilskudd – rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	3 134 166	4 213 357	4 035 632
64	Kompensasjon for renter og avdrag	831 529	876 900	866 000
65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	1 451 288	1 482 840	1 518 382
67	Utviklingstiltak	67 883	70 227	66 602
68	Kompetanse og innovasjon	387 877	398 050	400 857
69	Investeringsstilskudd – netto tilvekst, <i>kan overføres</i>		65 400	403 300
71	Frivillig arbeid mv.	17 006	17 500	17 969

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
72	Landsbystiftelsen	78 724	81 007	83 181
73	Særlige omsorgsbehov	21 282	24 375	55 829
75	Andre kompetansetiltak	10 763	10 944	10 942
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	104 489	112 975	119 632
	Sum kap. 0761	7 486 310	8 838 117	8 721 238

Vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjett tiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 153,6 mill. kroner i økt bevilgning til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, hvorav 179,6 mill. kroner i økt bevilgning til første års utbetaling av tilskudd til 2000 flere plasser og en reduksjon på 26,1 mill. kroner knyttet til tilsagn gitt tidligere år.
- 22,1 mill. kroner i økt bevilgning som følge av utvidelse av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene med seks nye kommuner. Samtidig medfører endringer i forsøket en netto reduksjon på 34,1 mill. kroner. Samlet reduksjon vil være 12 mill. kroner.
- 6,7 mill. kroner i økt bevilgning til investerings-tilskuddet til etablering lokalt produksjonskjøkken, hvorav 4,8 mill. kroner knyttet til første års utbetaling av en samlet tilsagnsramme på 96,9 mill. kroner i 2020
- 3,4 mill. kroner i økt bevilgning til Helseinnovasjonsenter i Kristiansund.
- 23,5 mill. kroner i redusert bevilgning til vertskommuner pga. frafall av beboere.
- 10,9 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av årlig reduksjon i gjenstående avdragskompensasjon.
- 30,8 mill. kroner flyttet fra kap. 732, post 70 knyttet til tilskudd til etableringer og drift av lindrende enheter.
- 369,1 mill. kroner er flyttet til Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60, knyttet til at bevilgningen til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.
- 1,5 mill. kroner i redusert bevilgning til styrking av andre prioriterte tiltak.

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt, og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene.

Reformen bygger på stortingsmeldinger og planer for å utvikle gode og bærekraftige løsninger.

Reformen har fem innsatsområder: Et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. På hvert område er det foreslått løsninger basert på lokale eksempler.

Regjeringen og KS har inngått en egen avtale om gjennomføringen av Leve hele livet i perioden 2019–2023, som danner grunnlaget for samarbeid både nasjonalt og regionalt.

Reformen legger opp til at kommunene i 2020 behandler og vedtar hvordan reformens løsninger skal innføres lokalt. De kommunene som omstiller seg i tråd med reformen vil fra og med 2021 prioriteres innenfor relevante eksisterende og eventuelt nye øremerkede ordninger.

For å stimulere til aktivitet i kommunene og støtte deres arbeid allerede i 2020 foreslås det å etablere et eget tilskudd til utvikling av gode modeller for å bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene, i tråd med hovedområdene i Leve hele livet. Målgruppen er kommuner som sammen eller hver for seg skal iverksette tiltak for å utvikle gode løsninger for hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenestene og gjennomføre en aktivitetsdag ved landets sykehjem.

I gjennomføring av reformen legges det grunn et tett samarbeid med frivillig sektor. Det foreslås derfor å bevilge midler til Norges frivilligsentra-

ler, og det tas sikte på å inngå en intensjonsavtale med interesseorganisasjonen. Formålet er å bistå de over 456 lokale frivilligsentralene slik at de kan være bidragsyttere til aktivitet på reformens områder i landets kommuner. Det vises til nærmere omtale på kap. 769, post 21/70.

Anmodningsvedtak

Tilskudd til kompetanse og frivillighet for eldre

Vedtak nr. 30, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen utrede en egen tilskuddsordning til stillinger som kan sikre økt tverrfaglig kompetanse og mer frivillighet ved norske sykehjem og i hjemmetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp i forbindelse med gjennomføringen av Leve hele livet og tiltak som bidrar til økt rekruttering av frivillige. Det er foreslått å bevilge midler til Norges frivilligsentraler slik at de kan bistå de over 456 lokale frivilligsentralene til økt rekruttering og kompetanseheving innen frivillig arbeid i kommunene. Det tas sikte på å inngå en intensjonsavtale med Norges frivilligsentraler. Det bevilges 12 mill. kroner til Verdighetssenteret som siden 2011 har utdannet 350 deltakere gjennom utdanningen av frivillighetskoordinatorer. Formålet med tilskuddet er å bidra til kompetanseheving i rekruttering, organisering, opplæring og veiledning av frivillige i omsorgstjenesten. Vedtaket anses med dette som utkvittert.

Tilskudd til lokalkjøkken

Mat og måltider er et av hovedtemaene i Leve hele livet. Ved Stortingets behandling av revidert budsjett for 2019 ble det vedtatt å etablere et tilskudd til lokale kjøkkenløsninger med eget produksjonskjøkken i 2019 jf. Innst. 391 S (2018–2019). Målet er å gjøre mat og måltider til en bedre opplevelse og styrke matomsorgen ved å bringe matlaging tettere på beboerne i sykehjem og omsorgsboliger. Regjeringen vil foreslå en samlet tilsagnsramme på 400 mill. kroner i planperioden for Leve hele livet (2019–2023) til etablering eller gjenetablering av lokale kjøkkenløsninger med eget produksjonskjøkken i eksisterende sykehjem og omsorgsboliger for personer med heldøgns tjenestetilbud. I budsjettet for 2020 foreslås det en tilsagnsramme på 96,8 mill. kroner med en bevilgning på 4,8 mill. kroner til første års utbetaling.

Stortingsmelding om lindrende behandling og omsorg

Regjeringen vil følge opp NOU 2017: 16 På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende med en egen stortingsmelding. Stortingsmeldingen vil omfatte lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjeneste, og vurdere innsats for pasientgrupper med særskilte behov, som for eksempel barn.

I 2020 foreslås det å bevilge midler til utvikling og spredning av forhåndssamtaler og til økt kapasitet i videreutdanningstilbudet i barnepalliasjon ved OsloMet. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2018-2019), jf. Innst. 11 S (2018-2019), ble det bevilget 30 mill. kroner til tilskudd til etablering av hospice i Malvik i 2019. Det foreslås at tilskuddet endres til et søkbart tilskudd i 2020. Formålet med tilskuddet er å styrke tilbudet til personer som trenger lindrende behandling og omsorg. Tilskuddet skal gå til drift og etablering av enheter som tilbyr eller ønsker å etablere tilbud om helse- og omsorgstjenester til mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Lindrende behandling og omsorg til barn skal prioriteres. Både frivillige aktører, stiftelser og kommuner kan søke om tilskudd. Det vises til nærmere omtale under kap. 761, post 21 og post 73.

Omsorg 2020

Omsorg 2020 er en del av fundamentet til Leve hele livet og omfatter tiltak for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i omsorgstjenestene. Følgende hovedsatsningsområder løftes fram for 2020:

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

I forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene skal det prøves om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktige behovsdekning. Så langt viser følgeevalueringen at forsøket har bidratt til økt brukermedvirkning, bedre samhandling i kommunene og hyppigere og bedre vedtak. De kommunene som i dag deltar i forsøket har inngått avtale om videre deltakelse ut 2022. Regjeringen foreslår å utvide forsøket med ytterligere seks nye kommuner med sikte på oppstart senest andre halvår 2020, svarende til 22,1 mill. kroner. Totalt tas det sikte på at 11 kommuner deltar i forsøket ut 2022.

Helsedirektoratet har ansvaret for å planlegge og gjennomføre forsøket. Regjeringen vil komme tilbake til eventuelt justert bevilgningsbehov i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2020 når det er kjent hvilke kommuner som inkluderes i forsøket. Det vises til nærmere omtale på post 21 og post 65.

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser ble i 2014 styrket betydelig for å gi kommunene bedre muligheter til å fornye og øke tilbudet av heldøgns omsorgsplasser. Stortinget vedtok ved behandlingen av Statsbudsjettet for 2019, jf. Innst. 11 S (2018–2019), at investeringsstilskuddet splittes på to poster og at 50 pst. av den samlede tilsagnsrammen nyttes til ren netto tilvekst av heldøgns plasser. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskiftning av eksisterende plasser og tiltak som ikke innebærer netto tilvekst. I budsjettforslaget for 2020 legges det til rette for å gi tilsagn om tilskudd til om lag 2000 plasser, hvorav 1000 plasser som netto tilvekst av heldøgns plasser. Det vises til nærmere omtale på post 63 og post 69.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Det er et mål at alle skal få mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig og få individuelt tilrettelagte tjenester i sitt eget hjem. Dagaktivitetstilbud gir mening, mestring og gode opplevelser for den enkelte og avlastning for de pårørende. Fra 1. januar 2020 har derfor alle kommuner plikt til å tilby hjemmeboende personer med demens et dagaktivitetstilbud. Fra samme tidspunkt innlemmes også det særskilte tilskuddet til dagaktivitetstiltak til hjemmeboende personer med demens i inntektssystemet til kommunene.

Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste, og tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2020 følger opp Meld. St. 26 (2014–2015) Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, og Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Tiltakene består bl.a. av tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte gjennom et eget kompetanse- og innovasjonstilskudd, nasjonal lederut-

danning for primærhelsetjenesten, utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, rekrutteringssatsingene Menn i helse og Jobbvinner, samt satsingen på etisk kompetanseheving.

Samlet foreslås det bevilget om lag 1,5 mrd. kroner til Kompetanseløft 2020 i 2020.

Flere av tiltakene i Kompetanseløft 2020 er innrettet mot eller inkluderer ansatte og fagmiljøer i sykehjem, og bidrar til å styrke kompetanse og holdninger som virker forebyggende med hensyn til overgrep i sykehjem.

Om lag 84 000 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning med tilskudd fra Kompetanseløft 2020 de tre første årene i planperioden 2016–2020.

Anmodningsvedtak

Bemanning på sykehjem

Vedtak nr. 645, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen styrke legebemanning og geriatrisk kompetanse på sykehjem for å hindre unødvendige innleggelse på sykehus og sikre mer helhetlige tjenester for eldre pasienter med sammensatte lidelser.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018).

Regjeringen arbeider gjennom Kompetanseløft 2020 for en faglig sterk tjeneste og for å sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Flere av tiltakene har ansatte i sykehjem som målgruppe, herunder kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Dette tilskuddet skal bidra til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene. Med midler fra dette tilskuddet fullførte om lag 250 ansatte i omsorgstjenestene en videreutdanning innen eldre- og demensomsorg i 2018. Samtidig var i overkant av 200 under utdanning. Helseforetakene skal også bistå med geriatrisk kompetanse og veiledning til kommunene.

Siden 2009 har det vært en vekst i antall legeårsverk i institusjon for eldre og funksjonshemmede, fra 383 i 2009 til 573 i 2017 og 580 i 2018. Regjeringen har gjennom veksten i de frie inntektene lagt til rette for en sterk årsverksvekst i omsorgssektoren de senere årene. Økningen i legeårsverk viser at kommunene prioriterer dette området.

Videre skal regjeringen legge frem en handlingsplan for allmennlegetjenestene i kommunene. Det medisinskfaglige tilbudet til personer

på sykehjem skal være et tema i handlingsplanen. Planen skal legges frem i 2020.

Anmodningsvedtaket anses med dette som fulgt opp.

Andre saker

Fribeløp og egenandeler på sykehjem.

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester ble i 2019 endret som følge av økningen i det generelle prisnivået. For å oppdatere fribeløpet før beregning av vederlag for opphold i institusjon i samsvar med den generelle kostnadsøkningen, foreslår departementet at dette fastsettes til 8700 kroner med virkning fra 1. januar 2020. Samtidig foreslås det å beholde maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G på 210 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, foreslås det å endre maksimal egenandel fra 165 kroner til 170 kroner per døgn. Satsen for dag/ nattopphold foreslås endret fra 85 kroner til 90 kroner. Langtidsbeboere på sykehjem som uten selv å ønske det legges på dobbeltrom, får redusert egenandel gjennom at det tilstås et fribeløp. For å oppdatere fribeløpet i samsvar med den generelle kostnadsøkningen, foreslår departementet at dette justeres fra 40 400 kroner til 41 600 kroner med virkning fra 1. januar 2020. Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Unge personer med funksjonsnedsettelse i sykehjem

Unge personer med funksjonsnedsettelse bør ikke bo i institusjoner beregnet for eldre. Med institusjon regnes primært somatiske sykehjem (jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon §1 bokstav c) og d)). Det er etablert et omfattende system for kartlegging og oppfølging av antallet personer mellom 18 og 49 år som er innskrevet på langtidsopphold. Fylkesmennene rapporterer per 31. desember 2018 at 91 personer mellom 18 og 49 år innskrevet for langtidsopphold i syke- og aldershjem. Antallet varierer noe fra år til år, men har vist en nedadgående tendens de siste årene. Fylkesmennenes oversikt viser at 15 av disse 91 personene ønsket et annet botilbud. Av disse hadde 11 personer en konkret flytteplan. En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området.

Anmodningsvedtak

Vikarpool med fast ansatte vikarer i kommunene

Vedtak nr. 34, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen ta initiativ overfor partene i arbeidslivet for å få på plass et samarbeid for opprettelse av vikarpool med fast ansatte vikarer i kommunene, eventuelt som et samarbeid mellom nærliggende kommuner.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019). Regjeringen foreslår at vedtak nr. 34 oppheves. Det vises til forslagsdelen i denne proposisjonen.

Barn på sykehjem

Vedtak nr. 507, 27. februar 2018

«Stortinget ber regjeringen fremme de nødvendige forslag til lov- og/eller forskriftsendring for å sikre at kommuner ikke kan bosette barn i sykehjem i strid med familienes ønske og barnets beste.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:67 S (2017–2018) jf. Innst. 125 S (2017–2018).

Nåværende lov- og forskriftsregelverk anses å være tilstrekkelig. Barn og unges rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en individuell vurdering av den enkeltes behov. For barn og unge personer med stort behov for tjenester vil retten til å medvirke og de faglige og etiske normene i forsvarlighetskravet være sentrale når kommunen skal sørge for et tilfredsstillende botilbud. Det er derfor ikke behov for lov- og/eller forskriftsendring for å endre praksis på dette området. Helse- og omsorgsdepartementet har videre gjennom brev til landets fylkesmenn og kommuner datert 14. august 2018 fulgt opp anmodningsvedtak nr. 509, 27. februar 2018 om å klargjøre at praksisen med barn som bosettes på sykehjem mot familiens ønske og barnets beste, er i strid med Stortingets intensjon og skal opphøre. Vedtaket anses med dette som utkvittert.

Tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.

I 2016 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn av kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Fylkesmennene undersøkte 57 kommuner og fant til dels alvorlig svikt i tjenestetilbudet i 45 av disse kom-

munene. Rapporten Det gjelder livet oppsummerer funnene i tilsynene.

I tillegg til 14 tilsyn med tjenester til personer med utviklingshemming i 2018, har fylkesmennene i 2018 også gjennomført 229 stedlige tilsyn med bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming. Fylkesmannen skal godkjenne vedtak om tvangstiltak før de kan settes i verk, og i 2018 godkjente fylkesmennene 1528 av 1648 vedtak. Antallet personer med utviklingshemming hvor det ble fattet vedtak om tvangstiltak var 1392 i 2018. Antall vedtak og antallet personer de omfatter har økt kontinuerlig siden innføringen av loven. Det mangler kunnskap om årsakene til økningen. Antallet søknader om dispensasjoner fra utdanningskravet viser at mye tvang blir gjennomført av personer uten tilstrekkelig faglig kompetanse.

I 2018 startet Helsedirektoratet arbeidet med en nasjonal veileder om kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Veilederen skal tydelig formulere hva som er forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming, og hva som skal til for at tjenestene er individuelt tilrettelagt der brukerne medvirker i utvikling og gjennomføring av eget tilbud. Plan for ferdigstilling er juni 2020.

Det tas sikte på å legge fram en stortingsmelding om utviklingshemmedes menneskerettigheter og likeverd i løpet av 2020. Sentralt i arbeidet med stortingsmeldingen står NOU 2016: 17 På lik linje, Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen kan nyttes under post 79. Omtalen av postene er i sin helhet samlet under denne posten. Bevilgningene dekker utgifter til ulike utviklingstiltak innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Iverksetting av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre og oppfølging av Omsorg 2020 skal prioriteres. Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell og bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering.

Bevilgningen foreslås styrket med 1,5 mill. kroner. Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås ingen andre endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Leve hele livet

Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre skal legge til rette for at kommuner, helseforetak og andre kan lære av hverandre og implementere gode løsninger i tjenestene på reformens fem hovedområder: Et aldersvennlig Norge, aktivitet og felleskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng. Gjennomføringen av Leve hele livet startet 1. januar 2019 og varer ut 2023 med ulike faser for planlegging, gjennomføring og evaluering.

Det ble i 2019 bevilget til sammen 48 mill. kroner til gjennomføring av reformen. Av det samlede tilskuddet ble det bevilget 26 mill. kroner til regionalt gjennomføringsapparat for reformen, herunder 10 mill. kroner til fylkesmennene, 10 mill. kroner til KS og 6 mill. kroner til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Støtteapparatets formål er å informere og spre kunnskap om reformen, skape interesse og oppslutning om reformens løsninger og støtte og bistå kommuner og fylkeskommuner i praktisk omstillings- og implementeringsarbeid.

Videre ble det avsatt 5 mill. kroner til å gjennomføre program for et aldersvennlig Norge, 5 mill. kroner til følgeevaluering av reformen og 2 mill. kroner til Fylkesmannen i Trøndelag for tilgjengeliggjøring av Ressursportalen til alle kommuner i landet. De øvrige midlene ble bevilget til Helsedirektoratet, som har det nasjonale gjennomføringsansvaret med styringslinje til fylkesmennene. Sammen med KS og et nasjonalt fagmiljø, skal det nasjonale støtteapparatet støtte opp om kommunenes endringsarbeid og legge til rette for erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden.

Det er våren 2019 etablert et strukturert samarbeid om gjennomføring av reformen i alle fylker. Alle de regionale støtteapparatene har utviklet planer for arbeidet i reformperioden og startet arbeidet med å gjennomføre dialogmøter med kommunene og tilby nettverkssamlinger for erfaringsdeling og gjensidig veiledning og støtte for arbeidet lokalt.

Det er etablert en nettportal (ressursportal.no) som gir enkel tilgang til styringsinformasjon for arbeidet med reformen. Dette er et viktig hjelpemiddel i arbeidet med å kartlegge behov og utfordringer og som grunnlag for analyse og planlegging i den enkelte kommunen.

Helsedirektoratet har i 2019 etablert et samarbeid med Senter for omsorgsforskning for å utvikle og gjøre tilgjengelig faglig veiledningsmaterieell og gi faglig bistand på reformens områder. Videre er det

gjennomført felles samlinger og gitt individuell hjelp til de regionale støtteapparatene, samt utviklet informasjon til allmennheten og berørte parter.

Det er inngått avtale med OsloMet som skal har ansvar for en følgeevaluering av reformen.

På nasjonalt nivå er det også etablert et råd for et aldersvennlig Norge. Formålet er å forankre og gi retning til gjennomføring av Program for et aldersvennlig Norge og være en pådriver for å utvikle mer aldersvennlige løsninger i alle sektorer. I 2019 ble det totalt bevilget 10 mill. kroner til programmet. Det vises til omtale på kap. 714, post 21. En viktig oppgave i programmet er etablering av nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner. KS har fått ansvar for å etablere og drifte nettverket i to år. Helsedirektoratet har inntil videre sekretariatsansvaret for arbeidet med et aldersvennlig Norge.

Bevilgningen foreslås videreført i 2020.

Fylkesmennene

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak knyttet til fylkesmennenes oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre og Omsorg 2020*, herunder investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, Demensplan 2020 og Kompetanseløft 2020. Fylkesmennene har videre ansvaret for det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

Fylkesmennene skal ha oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser, samt følge opp tiltak for å forbedre kvaliteten i omsorgstjenestene. Videre har fylkesmennene 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.

Fylkesmannen koordinerer de regionale støtteapparatene for gjennomføring av *Leve hele livet* i perioden 2019–2023. Støtteapparatene består av Fylkesmannen, KS og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og skal samarbeid med fylkeskommunene, andre regionale fagmiljøer, fylkeseldreråd og andre aktuelle organisasjoner.

Omsorg 2020

Regjeringens plan for omsorgsfeltet, *Omsorgsplan 2020* er ett av fundamentene for *Leve hele livet*. I 2020 løftes følgende hovedtiltak frem:

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Bevilgningen dekker utrednings- og gjennomføringskostnader, samt følgeevaluering av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene. I og med utvidelse av forsøket foreslås det bevilget 7,5 mill. kroner til formålet i 2020. Dette er en økning på 1,5 mill. kroner sammenliknet med beløp avsatt i saldert budsjett for 2019.

Forsøket startet opp i 2016 og er gjennomført i henhold til plan. Tredje evalueringsrapport om 2018 er levert. En rapport om enhetsprisene og det økonomiske opplegget i forsøket ble levert i august 2018. Alle kommunene som deltar i forsøket har gjennomført de prosesser som det er lagt opp til. Det er bl.a. jobbet med løsninger for elektronisk pasientjournal (EPJ), arbeidsrutiner og klart språk. Bedre EPJ-løsninger, som er utarbeidet innenfor prosjektet, vil alle landets kommuner få tilgang til. Helsedirektoratet har ansvaret for gjennomføring av forsøket. I 2018 brukte Helsedirektoratet 6,2 mill. kroner til gjennomføring og evaluering av forsøket. Enkelte kommunale administrasjonskostnader dekkes også over post 65. Se for øvrig omtale under post 65.

Pårørendeprogrammet

Formålet med Program for en aktiv og framtidigrettet pårørendepolitikk 2014–2020 er å forbedre vilkårene for den uformelle omsorgen, samt å bidra til å forbedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen. Det ble i 2019 bevilget 11 mill. kroner til Pårørendeprogrammet.

I 2013 ble det etablert en tilskuddsordning som skal bidra til å utvikle kommunale modeller for å bedre pårørendes situasjon, synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver. Prosjektene dreier seg bl.a. om utvikling av fleksibel avlastning, veiledning av pårørende/foreldre, familieråd, søskengrupper, pårørendekurs, nettverksbygging og møteplasser.

Tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver stimulerer til mye lokal aktivitet på pårørendeområdet. Barn som pårørende er inkludert i ordningen og regelverket fra 2018. 12 kommuner jobber nå med prosjekter knyttet til barn som pårørende med midler fra denne ordningen. I 2019 mottok Helsedirektoratet 49 søknader til tilskuddsordningen og innvilget 25 av disse helt eller delvis. Ettersom en stor andel prosjekter går over 2–3 år, vil det hvert år være en blanding av nye og videreførte prosjekter.

I 2017 lanserte Helsedirektoratet en veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Veilederen er foreløpig ikke evaluert, men Helsedirektoratet får gode tilbakemeldinger, og nettstatistikken til Helsedirektoratet viser at veilederen er en av de mest brukte veiledere og retningslinjer i Helsedirektoratet. Siden pårørende er et tema som går på tvers av tjenesten, arbeider Helsedirektoratet med å implementere veilederens anbefalinger i annet arbeid.

Helsedirektoratet har gitt kompetansenettverket BarnsBeste (Sørlandet sykehus) i oppdrag å utvikle et kort e-læringskurs om barn som pårørende i kommunen. Programmet skal være ferdig i 2019.

Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen har som mål å forebygge uønsket ensomhet i befolkningen. Det vises også til styrking på 11,3 mill. kroner og omtale på kap. 714, post 79.

Det foreslås å bevilge midler til følgende tiltak i 2020 på denne posten:

Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy

Formålet med tilskuddsordningen er å legge til rette for møteplasser og samhandling mellom generasjoner gjennom utvikling og utprøving av teknologiske verktøy. Følgeevaluering fra Nasjonalt senter for e-helseforskning viste at kurs bidrar til at målgruppen mestrer teknologiske verktøy bedre. Pensjonistforeningen, Blindeforbundet, Røde Kors, SeniorSmart og Mental helse har i 2019 fått støtte over ordningen.

Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det ble bevilget 6 mill. kroner til dette i 2019. Bevilgningen foreslås videreført i 2020. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Se kap. 740 for en helhetlig omtale av programmet.

I 2018 mottok fem landsdekkende frivillige organisasjoner tilskudd. Tilskuddsmottakerne driver med opplæring av eldre i bruk av nettbrett, smarttelefon og PC, og søker å finne fram til gode modeller for opplæring innenfor sine organisasjoner.

Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet og passivitet, og skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Kommuner og ideelle/frivillige organisasjoner kan søke.

I 2019 ble det bevilget 18,8 mill. kroner til formålet. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2020.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddet. Totalt 43 prosjekter fikk tilskudd i 2018.

Tilskuddsordningen ble evaluert av Oslo Economics i 2018 på oppdrag fra Helsedirektoratet. Evalueringen viser at kjennskapen til ordningen er god og at ordningen er attraktiv og verdifull for søkergruppen. Det er i hovedsak utstrakt samarbeid i prosjektene og aktivitetene vurderes som egnet for å skape sosialt fellesskap og møteplasser for å motvirke ensomhet og passivitet. Prosjektene bidrar til økt sosialt samvær og økt fysisk aktivitet ved å legge til rette for ulike lavterskeltilbud. Prosjektene bidrar således til økt mestring, bedre helse og økt livskvalitet.

Evalueringen vurderer måloppnåelsen som tilfredsstillende. Evaluator anbefaler at ordningen videreføres med noen justeringer.

Anmodningsvedtak

Kommuner og frivillige sitt arbeid for eldre

Vedtak nr. 27 (2018–2019), 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for at kommuner og frivillige organisasjoner kan styrke sitt arbeid og sine tiltak for at eldre og aleneboende skal få noen å spise måltider sammen med.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp i forbindelse med oppfølging av Leve hele livet og forslag til statsbudsjett 2020. Regjeringen foreslår 1 mill. kroner til Norges frivillighetssentraler i 2020 hvor det sosiale fellesskapet rundt mat og måltider er en del av dette. Det foreslås å videreføre tilskudd til aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet, hvor måltidsfellesskap inngår, samt tilskudd til lokale produksjonskjøkken. Regjeringen har i Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn lansert en egen strategi for å motvirke ensomhet. Et av satsningsområdene er samarbeid med frivillig sektor for å mobilisere mot ensomhet. Dette innebærer blant annet etablering av arenaer for felles måltider for eldre.

Vedtaket anses med dette som utkvittert.

Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Det ble i 2013 igangsatt en nasjonal sertifiseringsordning av livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre. Formålet med ordningen er å styrke den aktive omsorgen og sette brukernes sosiale og kulturelle behov i sentrum. Tiltaket skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det får opplæring, støtte og veiledning til å sette aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer i system. Det er lagt opp til en gradvis spredning av tilbudet i perioden 2013–2020.

Ved utgangen av 2018 var totalt 96 sertifisert som livsgledehjem. Det er forventet at om lag 174 sykehjem vil være sertifiserte eller i prosess for å bli sertifisert innen utgangen av 2020. Dette utgjør i underkant av 20 pst. av alle landets sykehjem. Målet er at 50 pst. av alle sykehjem skal være sertifisert innen 2020.

Bevilgningen i 2019 var totalt 9,5 mill. kroner, hvorav 0,5 mill. kroner avsatt til evaluering av ordningen. Evalueringen ferdigstilles i 2019. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2020. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og Omsorg 2020.

Teknologier for trygghet og mestring

Det er satt et mål om at alle kommuner fra 2020 skal ha tatt i bruk velferdsteknologiske løsninger som en integrert del av tjenestetilbudet. Dette innebærer at kommunene må ha etablert rutiner for å vurdere velferdsteknologi ved tildeling av helsetjenester. I alt 341 kommuner er eller har vært med i programmet. I 2019 har programmet rekruttert flere kommuner til prosjektet. Det er videre etablert måleindikatorer for programmet, herunder antall kommuner i programmet, antall kommuner som har tatt i bruk velferdsteknologi, og type teknologi som er tatt i bruk. Arbeidet med å rekruttere flere kommuner fortsetter i 2020. Det ble bevilget 18,3 mill. kroner til satsingen over posten i 2019. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2020. Satsingen omfatter også tilskudd til kommuner gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68 og tilskudd på kap. 769, post 70. Samlet bevilgning til satsingen vil være om lag 41 mill. kroner i 2019. For samlet omtale av velferdsteknologiprogrammet, se kap. 740.

Demensplan 2020

Demensplan 2020 er regjeringens femårsplan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og

integrerer personer med demens. Brukerne har hatt en sentral rolle i utviklingen av planen. I 2019 er det bevilget om lag 45 mill. kroner til oppfølging av Demensplan 2020 til oppfølging av de langsiktige målene i planen. Bevilgningen foreslås videreført i 2020.

I 2016 ble det utlyst tilskudd til kommuner som ønsket å delta i utviklingsprosjekt om systematisk oppfølging etter demensdiagnose. Formålet er å utvikle ulike modeller for oppfølging etter diagnose. 14 prosjekter har arbeidet med å utforme og prøve ut nye modeller som innebærer at personer med demens fanges opp når de får en demensdiagnose, og at både personene selv og pårørende følges opp jevnlig og systematisk. Brukerskoler testes også ut som en del av prosjektene. Prosjektene leverte sluttrapporter ved utgangen av 2018, og ekstern evaluering av prosjektene ferdigstilles i 2019.

Formålet med tilskuddsordningen til fagutvikling og kompetansehevende tiltak er å utvikle og prøve ut modeller for tjenester til personer med demens som bor i egen bolig, og som har betydelige behov for hjelp. Målet er å bidra til bedre behovsdekning, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i tjenestetilbudet for personer med demens og deres pårørende. Det skal prøves ut ulike arbeids- og organisasjonsformer av hjemmetjenester, samt hvordan hjemmetjenester bedre kan kombineres med andre tiltak som dagaktivitets- og avlastningstilbud, koordinator, individuell plan og lignende. I 2018 er det tildelt tilskudd til 14 prosjekter med til sammen 18 kommuner i landet, som dekker om lag 25 pst. av Norges befolkning. Prosjektet skal evalueres og det vil bli utarbeidet veiledningsmaterieell basert på erfaringene i prosjektene.

Aldring og helse forvalter tilskuddsordningen til pårørendeskoler og samtalegrupper til pårørende til personer med demens, på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Det er egne tilbud rettet mot særskilte grupper, som yngre, pårørende til personer med utviklingshemming mv. Det ble i 2018 gitt tilskudd til gjennomføring av totalt 320 pårørendeskoler og samtalegrupper, herunder 165 pårørendeskoler og 155 samtalegrupper. Tilbudene fordeles seg på 291 kommuner, som enten har et tilbud alene eller sammen med andre kommuner, dvs. at 69 pst. av kommunene har tilbudene.

Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen har mottatt 1 mill. kroner i tilskudd til lokalt informasjons- og veiledningsarbeid, og har blant annet bidratt med informasjonstiltak, møteplasser og aktivitetstiltak for personer med demens og deres pårørende. Det foreslås å videre-

føre støtten på 1 mill. kroner til Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelse sitt lokale informasjons- og veiledningsarbeid.

Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC

Målet med opplæringen Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal få oppdatert fagkunnskap og muligheter for faglig refleksjon. Gjennom ABC-modellene Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC tilbys gratis studiemateriell til kommunene beregnet på bedriftsintern tværfaglig opplæring i studiegrupper. Det ble bevilget 9,9 mill. kroner til formålet i 2019. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2020.

Gjennom 2018 er det arbeidet med revidering av opplæringsmaterialet for Demensomsorgens ABC. Ny perm 1 ble lansert høsten 2018, mens ny perm 2 blir klar i 2019. Revidert opplæringsmaterieill avspeiler tydeligere føringer i Nasjonal faglig retningslinje om demens og Demensplan 2020.

Nesten alle kommuner i landet har eller har hatt ansatte med i kompetansehevings-programmene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Fra 2007 er totalt 52 377 ABC-permer registrert påbegynt og/eller fullført. Ved årsslutt 2018 var det registrert pågående opplæring av 4756 aktive deltakere i 169 kommuner fordelt i alle 18 fylker. 26 lokale fagmiljø er aktive underleverandører for opplæringen, blant annet ved å arrangere fagseminarene.

Tiltaket inngår som del av Kompetanseløft 2020 og Demensplan 2020.

Tilskudd til personer med neurologiske skader og sykdommer

Tilskuddsordningen skal styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid for og om personer med neurologiske skader og sykdommer. Aktivitetene rettes mot helsepersonell, pårørende og de ulike brukergruppene. Tilskuddet går til landsdekkende tiltak som internettsider, chatte- og telefontilbud, samlinger og likepersonarbeid. Tiltakene bidrar til økt kunnskap som videre styrker dialog og brukermedvirkning i tjenestene.

I 2019 ble det totalt bevilget 4 mill. kroner til denne tilskuddsordningen, hvorav 3 mill. kroner til veilednings- og informasjonsarbeid for personer med neurologiske skader og sykdommer i

regi av brukerorganisasjonene, samt 1 mill. kroner øremerket til Hjernerådet. Det foreslås å videreføre tilskuddene på samme nivå i 2020.

I 2018 var det 20 søknader om tilskudd, og det ble tildelt tilskudd til 14 prosjekter i regi av 13 forskjellige brukerorganisasjoner.

Det ble bevilget 0,5 mill. kroner til arbeidet med Huntington-web prosjektet i 2019. Bevilgningen til arbeidet foreslås videreført i 2020.

Det vises også til bevilgning til Fagnettverk Huntington over post 75, og bevilgningen til frivillige organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid over post 71.

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med ordningen er å øke kunnskap og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, innenfor området lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

Det ble i 2019 bevilget 8 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2020 og innrettet på følgende måte:

- 3 mill. kroner til å utarbeide, spre og opprettholde kunnskap om forhåndssamtaler. Midlene tildeles et fagmiljø etter utlysning i regi av Helsedirektoratet.
- 2,5 mill. kroner til videreutdanning i barnepalliasjon ved OsloMet. Det er over 80 søkere til studiet for opptaket 1. april 2019. Det er besluttet at videreutdanningen skal omfatte andre helse- og sosialfaglige yrkesgrupper fra høsten 2019, slik som leger, sosionomer, barnevernspedagoger, fysio- og ergoterapeuter, ernæringsfysiologer, vernepleiere, psykologer og pedagoger.
- 2,5 mill. kroner til Foreningen for barnepalliasjon.

Videre vises det til omtale av øremerket tilskudd på til sammen 12 mill. kroner til Verdighetssentret. Det vises også til omtale av øremerket tilskudd til etablering og drift av lindrende enheter på kap. 761, post 73.

I 2018 ferdigstilte Helsedirektoratet Nasjonale Faglige råd for behandling i livets slutfase. Videre ble Demensomsorgens ABC revidert og utvidet med et hefte om lindrende behandling. En nasjonal faglig retningslinje i barnepalliasjon ble publisert i 2016. Implementeringen av denne retningslinjen følgeevalueres av OsloMet. I 2018 ble seks studenter tatt inn i videreutdanningstilbudet i barnepalliasjon ved OsloMet.

Verdighetscenteret

Formålet med tilskuddet til Verdighetscenteret er å bidra til kompetanseheving i rekruttering, organisering, opplæring og veiledning av frivillige i omsorgstjenesten. Målgruppen er ledere og medarbeidere som samarbeider med frivillige i omsorgstjenestene. Tilskuddsmidlene skal også benyttes til kompetanseheving for ansatte om omsorg ved livets slutt.

Det ble bevilget 12 mill. kroner til Verdighetscenteret i 2019, hvorav 500 000 kroner til evaluering. Det foreslås å videreføre bevilgningen på 12 mill. kroner i 2020.

I 2018 ble etterutdanningen Omsorg ved livets slutt endret til Palliativ eldreomsorg. Denne etterutdanningen skal øke kompetansen hos fagutdannede helsepersonell i møte med sårbare, alvorlig syke og døende eldre, og omhandler bl.a. akuttmedisinsk pleie. I 2018 deltok til sammen 194 personer på kurset Palliativ eldreomsorg.

I 2018 ble det gjennomført tre kull i utdanningen av frivillighetskoordinatorer. Siden oppstart i 2011 har over 350 deltakere gjennomført utdanningen.

Tilskuddsordningen evalueres i 2019. Hovedformålet med evalueringen er å vurdere ordningens måloppnåelse. Sluttrapport fra evalueringen skal foreligge innen 1. november 2019.

Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge

Målet for ordningen er å øke kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom, gjennom å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet på området. Ordningen skal bidra til å gi veiledning og støtte til pasient og pårørende.

Det ble bevilget 2 mill. kroner til ordningen i 2019. Det foreslås at midlene videreføres i 2020.

Foreningen for barnepalliasjon og Sykehusklovnene mottok midler over denne tilskuddsordningen i 2018. Foreningen for barnepalliasjon har benyttet midlene til flere aktiviteter, som f.eks. studietur, familieuke og fagdager. Sykehusklovnene har benyttet midlene til kompetanseheving ved å besøke pasienter som trenger palliasjon på sykehus og hjemme, og arbeid med nettverksbygging.

Ledelse, rekruttering og fagutvikling

Riktig kompetanse på riktig sted er avgjørende for at brukerne skal få gode helse- og omsorgstje-

nester. God ledelse er en forutsetning. For å bidra til dette foreslås det å bevilge midler til følgende tiltak:

Styrking av ledelseskompetanse

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015. Oppdraget er gitt til Handelshøgskolen BI. Målgruppen er ledere i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Det er god søknad til studiet. Erfaringer fra de første kullene tyder på at utdanningen treffer godt og oppleves som nyttig. Samlet har 616 personer gjennomført utdanningen i perioden 2015–2019. Det ble i 2019 bevilget 16,2 mill. kroner til tiltaket over posten. Tiltaket finansieres i tillegg med 5 mill. kroner over kap. 765, post 21 og 1 mill. kroner over kap. 770, post 70. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Tiltaket foreslås videreført i 2020.

Tiltak for rekruttering: Menn i helse

Menn i helse skal bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren. Prosjektet ledes av KS, etter avtale med Helsedirektoratet. Modellen baserer seg på et samarbeid mellom kommunene og Nav lokalt. Deltakerne får tittelen helserekrutt og tilbys et komprimert utdanningsløp fram til fagbrev som helsefagarbeider. 92 pst. av de som har tatt fagbrev gjennom Menn i helse har fått relevant jobb.

I 2019 ble det bevilget 6 mill. kroner til tiltaket over posten. I tillegg har Fylkesmannen gitt tilskudd fra post 68 til regionale koordinatorene. Det har vært deltakere fra 69 kommuner i 2018, mot kun 40 i 2017. Ved utgangen av 2018 har 226 oppnådd fagbrev siden oppstart i 2015.

Det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2020. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere

Prosjektet Jobbvinner er et rekrutteringstiltak som skal bidra til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet er økt bemanning og god fagutvikling i tjenestene. KS leder prosjektet i samarbeid med Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Delta.

Gode opplevelser i praksis er avgjørende for at lærlinger og studenter skal ønske kommunen som en fremtidig arbeidsplass. Et av de sentrale

tiltakene i prosjektet er å etablere samarbeid mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner for å utvikle tiltak som styrker praksisopplæringen. I 2018 ble det etablert et formelt samarbeid i ni geografiske områder for å øke kvaliteten på praksisstudiene. Rekrutteringspatruljer er tidligere evaluert som ett av de mest vellykkede tiltakene for å rekruttere ungdom til helsefagarbeiderfaget. Patruljene møtte i 2018 om lag 2000 studenter og 5000 elever for å stimulere nyutdannede helsefagarbeidere og sykepleiere til å velge kommunale helse- og omsorgstjenester som arbeidssted. Jobbvinner evalueres av Trøndelag Forskning på oppdrag fra Helsedirektoratet. Sluttrapporten forventes ferdigstilt våren 2020.

I 2019 ble det bevilget 4 mill. kroner til tiltaket. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Bevilgningen foreslås videreført i 2020.

Fallforebyggende arbeid

Formålet med tiltaket er å øke kompetanse om fallforebygging blant ansatte i hjemmetjenester og på sykehjem gjennom et e-læringsprogram for fallforebygging. Helsedirektoratet startet i 2018 et utviklingsarbeid med e-læringskurs for å styrke kompetanse om fallforebyggende trening og aktivitet hos ansatte på sykehjem, eldre- og seniorsentre, dagaktivitetstilbud og på treningssentre. E-læringskurset vil etter planen lanseres mot slutten av 2019.

I 2019 ble det bevilget 1 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2020 til implementering og spredning av e-læringskurset. Det vises for øvrig til omtale under kap. 714, post 21.

Satsingen skal ses i sammenheng med regjeringens arbeid med å utvikle en nullvisjon for fallulykker i og ved hjemmet, som medfører alvorlige personskader og død.

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Kompetansesenteret skal i samarbeid med sentrale fag- og forskningsmiljøer bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak og ivareta samspillet mellom forskning, utdanning og praksis. Det er etablert et partnerskap med HUNT forskningscenter (NTNU), Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger kommune, Trønde-

lag fylkeskommune og Nord Universitet (NU). Det er NU som administrerer tiltaket.

Det ble bevilget 3 mill. kroner til tiltaket i 2019. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Nord Universitet på vegne av partnerskapet for Nasjonalt kompetansesenteret for kultur, helse og omsorg i 2020.

Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang

Formålet med bevilgningen er å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene. I 2018 hadde 1325 deltagere fra 15 fylker gjennomført opplæringsprogrammet. Nord Universitet tilbyr videreutdanningen Musikkbasert miljøbehandling. Levanger kommune ivaretar praksisutviklingen. Rapporteringene viser at tiltakene har brukereffekt, kunnskapsspredning og erfaringsbasert kunnskapsutvikling. En randomisert, kontrollert studie om musikkbasert miljøbehandling og påvirkning på smerte er under oppstart. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og er en av mange løsninger i Leve hele livet.

Det ble i 2019 bevilget 5 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås at øremerket tilskudd til Nord Universitet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg videreføres i 2020.

Senter for alders- og sykehjemsmedisin

Formålet med bevilgningen er å bidra til å løfte kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom forskning og undervisning. Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen (SEFAS) driver utstrakt undervisning og kursing for å implementere ny kunnskap i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nær 500 studenter fikk kurs og veiledning fra senteret i 2018. Sentrale temaer var blant annet kunnskap om eldre og søvn, smertevurdering og smertebehandling og lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Senteret har videre involvert 226 sykehjemsavdelinger, 83 fastleger og 15 kommuner i pågående forskningsprosjekter. I 2018 sto sentret bak 20 vitenskapelige publikasjoner.

I 2019 ble det bevilget 3 mill. kroner i prosjektstøtte til Senter for alders- og sykehjemsmedisin. Det foreslås å videreføre tilskuddet i 2020.

Teknologisk støtte i fritidsaktiviteter for barn med funksjonsnedsettelse og deres familier

Formålet med tiltaket er å identifisere og prøve ut kommersielt tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger, som kan bidra til at barn og unge med funksjonsnedsettelse enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter. To nye kommuneprosjekter startet opp i 2018 i Bodø og Ålesund. Steinkjer kommune kom inn i det nasjonale prosjektet i 2019. Sistnevnte har erfaring fra et 3-årig prosjekt med midler fra Fylkesmannen. Til sammen mottar seks prosjekter tilskudd i 2019: Bodø, Drammen, Risør, Steinkjer og Ålesund kommuner, samt Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelser i samarbeid med Horten kommune. Det ble i 2019 bevilget 4 mill. kroner til dette tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført på samme nivå i 2020. I 2020 vil det bli arbeidet med å oppsummere kunnskap og erfaringer fra disse utprøvingene, som også kan komme andre kommuner til gode. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Nasjonalt prosjekt for behandling og oppfølging av kronisk syke på avstand ved hjelp av velferdsteknologi

Det foreslås å videreføre 1,5 mill. kroner knyttet til Helsedirektoratets rolle som programleder for nasjonalt prosjekt for behandling og oppfølging av kronisk syke på avstand ved hjelp av velferdsteknologi.

Kompetansehevede tiltak i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

Nasjonalt kompetansetjeneste Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet Mitt livs ABC – et kompetansehevede tiltak for ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Målet er å bidra til bedre livskvalitet, bedre tjenester og bedre rettssikkerhet for personer med utviklingshemming. Det er utviklet opplæringsmaterieill til helse- og omsorgspersonell. Mitt livs ABC skal implementeres i landets kommuner i samarbeid med lokale fagmiljøer.

I 2018 ble nettsiden abc.aldringoghelse.no lansert. Den fungerer som en opplæringsportal for alle ABC-ene som administreres av Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse. Ved utgangen av 2018 har 1182 personer i alle landets fylker fullført Mitt livs ABC. Måltall for nye ABC-deltakere i 2019 er 2000 personer i 225 kommuner.

I 2019 ble det bevilget 6 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2020. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Senter for medisinsk etikk

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME) jobber med medisinsk og helsefaglig etikk gjennom forskning, undervisning og formidling. SME skal blant annet bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for beslutninger og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten og bidra til å styrke medvirkning i tjenestene. Senteret skal også koordinere og kvalitetssikre kliniske etikkomiteer i helseforetakene og bistå kommuner som ønsker å etablere kliniske etikkomiteer.

Det ble i 2018 bevilget 3,2 mill. kroner som et øremerket tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til SME i 2019. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og ses i sammenheng med tilskuddet til nasjonal koordinering og fagutvikling av kliniske etikkomiteer i helseforetakene. Det vises til kap. 781, post 79 for nærmere omtale.

Senter for omsorgsforskning

Bevilgningen går til Senter for omsorgsforskning sitt arbeid med formidling av forskning og innovasjon og arbeidet opp mot Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Det foreslås til sammen 4,6 mill. kroner til Senter for omsorgsforskning i 2020.

Det foreslås 1 mill. kroner til Senter for omsorgsforskning sitt arbeid med å formidle kunnskap om forskning og innovasjon i omsorgssektoren. Sentrene har siden 2015 blant annet driftet et omsorgsbibliotek som samler dokumentasjon fra innovasjonsprosjekter, utviklingsarbeid og resultater fra følgeforskning. Formidling av forskning og innovasjon må ses i sammenheng med sentrenes formaliserte samarbeid med USHTene i sin region, og deres oppdrag om å være et dokumentasjons-senter for forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i omsorgssektoren.

Videre foreslås det 3,6 mill. kroner for at sentrene skal bistå og samarbeide med USHTene i sin region, i arbeidet med å oppfylle sine samfunnsoppdrag. Denne bevilgningen er flyttet fra post 67 til post 79. For nærmere omtale av USHTene vises det til post 67. For øvrig mottar Senter for omsorgsforskning driftstilskudd over kap. 780, post 50.

Evaluering av Omsorg 2020

Omsorg 2020 følges opp med et evalueringsprogram. Evalueringen skal være resultatorientert og vil blant annet se på hvordan nybyggede sykehjem og omsorgsboliger fungerer for dem som bor der, arbeider der og for pårørende og lokalsamfunnet. Evalueringen finansieres gjennom Norges forskningsråd over kap. 780, post 50.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Bevilgningen dekker arbeidet med utvikling av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse. Regjeringen vil at brukerstyrt personlig assistanse skal være et verktøy for å fremme likestilling og sikre brukerne mulighet for selvstendighet og aktivitet i hverdagen, uavhengig av funksjonsnivå. Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal oppsummere erfaringene med BPA-ordningen, med utgangspunkt i gjennomførte evalueringer. Utvalget skal utrede hvordan man kan sikre at ordningen fungerer etter hensikten, herunder utrede hvordan ordningen kan innrettes for å sikre deltagelse i arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Ordningen skal være reelt brukerstyrt. Som en oppfølging av regjeringsplattformen har regjeringen sendt på høring et forslag om å utvide rettighetsbestemmelsen om brukerstyrt personlig assistanse til også å gjelde personer over 67 år som allerede har fått innvilget ordningen.

Andre tiltak

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer er ett av flere viktige verktøy for å måle kvaliteten i tjenestene, og regjeringen vil fortsette å utvikle disse verktøyene. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester, og det er hittil utviklet rundt 30 nasjonale indikatorer på dette området som publiseres på helsenorge.no.

Bruker- og pårørendeundersøkelser

Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere fått i oppdrag å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelser som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Det ble bevilget 3,8 mill. kroner til dette formålet i 2019. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2020. Erfaringer fra dette arbeidet

videreføres ved å øke kommunenes bevissthet rundt bruk av brukerundersøkelser og styringsdata til lokalt forbedringsarbeid. Videre arbeides det med å utvikle en nasjonal pårørendeundersøkelse, som ledd i regjeringens arbeid med å utarbeide en egen pårørendestrategi.

Noklus

Målet med bevilgningen er å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene i sykehjem og hjemmetjenesten. Kommuner skal tilbys tilslutning til Noklus og få opplæring.

I 2016 startet prosjektet med kvalitetsforbedring av all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten i tre fylker. Dette ble utvidet til to nye fylker i 2017 og til fire nye fylker i 2018. Målet er gradvis å inkludere hjemmetjenesten i hele landet ved å tilby to års gratis deltakelse, slik at all laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten blir kvalitetsforbedret. I 2018 ble det gjennomført 45 innledende møter, 111 besøk og arrangert 105 lokale kurs med til sammen 1337 deltakere. I 2019 planlegges oppstart i to nye fylker. I 2018 ble det gjennomført 18 857 e-læringskurs, og det planlegges i 2019 å legge ut et nytt e-læringskurs i CRP-måling og å utarbeide nytt kurs for glukosemåling. En måling av status for endring av prosedyrer før og etter to års deltakelse viste en betydelig forbedring av rutinene i perioden.

I 2019 ble det bevilget 7,8 mill. kroner til Noklus. Det foreslås å videreføre tilskuddet i 2020.

Iplos-data i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Iplos (individbasert statistikk for pleie og omsorgstjenestene) ble opprettet i 2006 og er per i dag et nasjonalt helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Registeret gir detaljert informasjon om tjenesteforbruk og utviklingstrekk. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig og forvalter av det historiske Iplos. I 2019 overtok Helsedirektoratet mottak, kvalitetskontroll, innsamling, behandling, utlevering og lagring av opplysninger av data fra kommunale helse- og omsorgstjenester fra Statistisk sentralbyrå, og dette integreres i KPR. Kommunene kan nå finne egne nøkkeltall på nett. Registeret legger til rette for løpende oppdaterte data.

Se også omtale av KPR under kap. 701, post 21 og programkategori 10.60.

Antibiotikaresistens

Bevilgningen skal nyttes til arbeidet med antibiotikaforskrivning rettet mot leger i kommunale institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddsmottaker er Antibiotikasenter for primærmedisin. I 2019 ble det bevilget 3 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2020. Antibiotikasenter for primærmedisin mottar også tilskudd på 4 mill. kroner over kap. 762, post 70. Det vises til utvidet omtale på kap. 762, post 70.

Post 60 Kommunale kompetansetiltak

Bevilgningen dekker ulike kommunale kompetansetiltak.

Kurspakke for ufaglærte

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har siden 2010 hatt i oppdrag å utvikle og tilby en kurspakke for ufaglærte. Formålet er opplæring av ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider, alternativt kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. Fra og med 2018 ble tilskuddsordningen Kvalifisering av fremmedspråklige innlemmet i Kurspakke for ufaglærte. Dagens deltakere i Kvalifisering av fremmedspråklige skal ivaretas innenfor ordningen Kurspakke for ufaglærte.

I 2018 besto 92 deltakere fagprøven som helsefagarbeider. 35 av disse hadde norsk som andrespråk. Siden oppstart i 2012 har 328 personer bestått fagprøven.

Det er 222 deltakere som har tatt vg3, men ikke tatt fagprøve ennå. I 2018 har 119 deltakere tatt tverrfaglig eksamen vg3, og av disse har 104 bestått. Av de som startet i 2018 hadde 27 deltakere norsk som andrespråk, fordelt på 18 ulike nasjonaliteter og 20 ulike språk.

Det er i 2018 arbeidet med å utvikle kartleggingsverktøy og støttemateriell for å styrke undervisningsmodellen slik at denne er bedre rettet mot personer med norsk som nytt språk.

Det ble i 2019 bevilget 8,9 mill. kroner til Kurspakke for ufaglærte. Bevilgningen foreslås videreført i 2020. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere

Bevilgningen ble flyttet til post 21 ved behandling av Prop. 1 S (2018–2019). Det vises til nærmere omtale av bevilgningen på 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 iht. antall gjenværende vertskommunebeboere. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektregnskap for tilskuddet. Kommunene må kunne legge dette fram for Helsedirektoratet på forespørsel.

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 brått inntektsbortfall, er det innført en skjermingsordning slik at ingen kommuner ved frafall av beboere, trekkes mer enn et fastsatt 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. Den delen av reduksjonen i tilskudd 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. Det foreslås å redusere bevilgningen med 23,5 mill. kroner i 2020 som følge av dette.

Post 62 Dagaktivitetstilbud

Bevilgningen på posten, 369,1 mill. kroner, foreslås flyttet til Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60 Rammetilskuddet til kommunene.

1. januar 2020 får kommunene en plikt til å tilby dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, jf. Prop. 66 L (2018–2019), Innst. 332 L (2018–2019).

Ved opprettelsen av tilskuddet i 2012 ble det anslått et behov for 9200 dagaktivitetsplasser. Siden tilskuddet ble opprettet i 2012 og til og med 2019 har det gjennom de årlige budsjettfremleg-

gelsen vært lagt til rette for i overkant av 8900 dagaktivitetsplasser. Tilskuddet har vært utnyttet i mindre omfang enn forventet.

Det har gjennom tilskuddsordningen vært gitt midler til i overkant av 4400 dagaktivitetsplasser. Om lag 330 kommuner har søkt og mottatt tilskudd.

Anmodningsevedtak

Dagaktivitetstilbud – plikt for kommunene

Vedtak nr. 494, 9. april 2015

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:53 S (2014–2015), jf. Innst. 221 S (2014–2015).

Regjeringen fremmet i Prop. 66 L (2018–2019) Endringer i helse- og omsorgstjenestelova (dagaktivitetstilbud til heimebuande personar med demens), forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven slik at det fastsettes en plikt for kommunene til tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Stortinget har sluttet seg til den foreslåtte lovbestemmelsen, jf. Innst. 332 S (2018–2019) og Lovvedtak 82 (2018–2019). Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp ved at det ved Kongelig resolusjon 21. juni 2019 nr. 790 er besluttet at lovendringen skal settes i kraft fra 1. januar 2020.

Post 63 Investeringstilskudd – rehabilitering mv.

Bevilgningen dekker investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser gitt i perioden fram til og med 2018, samt tilsagn om tilskudd fra og med 2019 til rehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Videre dekker bevilgningen investeringstilskuddet til lokalkjøkken med eget produksjonskjøkken.

Bevilgningen på posten foreslås økt med:

- 89,8 mill. kroner til første års utbetaling av tilskudd til rehabilitering/utskifting av 1000 heldøgns omsorgsplasser
- 4,8 mill. kroner til første års utbetaling av tilsagn om tilskudd til lokalkjøkken med eget produksjonskjøkken i 2020.

Videre foreslås bevilgningen redusert med 249,6 mill. kroner knyttet til flerårige konsekvenser av tilsagn gitt tidligere år.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser – rehabilitering

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet har vært å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet forvaltes av Husbanken. Ved Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2019, jf. Innst. 11 S (2018–2019), ble det vedtatt at investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser skal splittes på to poster og at 50 pst. av den samlede tilsagnsrammen nyttes til ren netto tilvekst av heldøgns plasser fra 2019. Det vises til post 69 for omtale av tilskuddet til netto tilvekst. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskifting av eksisterende plasser og tiltak som ikke innebærer netto tilvekst og omtales på denne posten. Bevilgningen på posten kan nyttes under kap. 761, post 69. Det vises også til omtale under kap. 761, post 69.

Husbanken innvilger investeringstilskudd til prosjekter som kan ta flere år å fullføre. Posten har derfor et budsjetteringssystem med tilsagnsramme, tilsagnsfullmakt og bevilgning. Det vises til Prop. 1 S (2014–2015) for Helse- og omsorgsdepartementet, boks 4.2 for beskrivelse av budsjetteringssystem for poster med tilsagnsfullmakt.

Av årlig tilsagnsramme legges det til grunn at 5 pst. kommer til utbetaling det første året, 15 pst. andre år, 30 pst. tredje år, 30 pst. fjerde år og 20 pst. femte år. Det foreslås en bevilgning på 4 029 mill. kroner i 2020, hvorav 89,8 mill. kroner er knyttet til tilskudd som innvilges i 2020 og 3 939,2 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2020. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 6 522,2 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 1 797,5 mill. kroner i 2020. Rammen vil dekke tilskudd til rehabilitering/modernisering og utskifting av om lag 1000 heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig. Den maksimale anleggskostnaden foreslås satt til 3,423 mill. kroner for kommuner utenfor pressområder, og 3,915 mill. kroner for pressområdekommuner. Som følge av økte maksimale anleggskostnader, heves dermed de maksimale tilskuddssatsene som vist i tabell 4.11.

I tråd med målsetningen om å gjøre mat og måltider til en bedre opplevelse og styrke matomsorgen ved å bringe matlaging tettere på beboerne i sykehjem og omsorgsboliger, foreslås det endringer i tilskuddet for å stimulere til flere lokale produksjonskjøkken. For å motta fullt tilskudd til renovering og/eller bygging av nye heldøgns omsorgsplasser, foreslås det at framtidige prosjekter må inneholde produksjonskjøkken og tilfredsstillende lokale kjøkkenfunksjoner i eller i nærheten av boenhetene. For prosjekter uten dette, reduseres maksimal godkjent anleggskostnad med 5 pst.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2020 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

Tabell 4.11 Foreslåtte tilskuddssatser i 2019 for investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser

Foreslåtte tilskuddssatser per plass i 2020 (tusen kroner)	Pressområde- kommuner	Andre kommuner
Plass i sykehjem, 55 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	2 153	1 882
Plass i omsorgsbolig, 45 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 762	1 540
Gjennomsnittlig tilskuddssats per boenhet, 50 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	1 957	1 711
Maksimal godkjent anleggskostnad per enhet	3 914,9	3 422,7

Rapportering

I 2018 utbetalte Husbanken investeringstilskudd for 3 134 mill. kroner. Det ble i 2018 innvilget tilsagn om tilskudd til 2332 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på 957 plasser i omsorgsbolig og 1375 plasser i institusjon. Det ble også innvilget tilskudd til bygging av om lag 150 kvm. fellesareal i tilknytning til eksisterende boligmasse, slik at det kan ytes heldøgns tjenester i boligene. Tilsagnsrammen ble benyttet i sin helhet. Om lag 40 pst. av tilsagnene i 2018 var til netto tilvekst.

Tilsagnsrammen til rehabilitering/modernisering, utskiftning av eksisterende plasser for 2019 er satt til 2 090,1 mill. kroner etter at bevilgningen ble styrket med en tilsagnsramme svarende til om lag 450 flere plasser i revidert budsjett 2019, jf. Innst. 391 S (2018–2019). Rammen gir rom for at det i 2018 kan innvilges tilskudd til om lag 1200 heldøgns omsorgsplasser.

Evaluering av investeringstilskuddet.

Menon Economics i samarbeid med OsloMet v/NOVA og Helseøkonomisk Analyse har på oppdrag fra Husbanken evaluert investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser. Evalueringen tar for seg resultater og erfaringer for perioden 2008–

2017, men omtaler også endringer etter denne perioden, som f.eks. omleggingen av ordningen i 2019 til to poster (netttilvekst og modernisering og rehabilitering). Rapporten viser at det har vært en økning i det samlede tilsagnsbeløpet fra 2008–2017, og at 90 pst. av kommunene har benyttet seg av tilskuddsordningen i løpet av 10 årsperioden. Det er gitt tilsagn om tilskudd til 9723 sykehjemsplasser og 7835 omsorgsboliger, hvorav flesteparten er tiltenkt personer over 67 år (83 pst.). Evalueringens hovedkonklusjoner er at:

- Tilskuddet har utløst bygging/rehabilitering av flere omsorgsplasser
- Investeringstilskuddet har trolig økt kvaliteten på omsorgsplassene
- Kommunene er stort sett fornøyd med Husbankens forvaltning av ordningen
- Kommunene med lavest utnyttelse av tilskuddet ser ut til å ha størst behov
- Investeringstilskuddet bidrar til å oppnå politiske mål i pleie- og omsorgssektoren

Evalueringen av investeringstilskuddet viser at det er behov for å vurdere forbedringer av tilskuddsordningen for å sikre økt treffsikkerhet. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samråd med Husbanken vurdere om det er behov for å utarbeide kriterier som skal ligge til grunn for

Husbandens forvaltning av de to tilskuddsordningene – Netto tilvekst og rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp evalueringen i dialog med Husbanden.

Andelen eldre personer forventes å øke betraktelig i årene fremover, spesielt eldre over 80 år. Den demografiske utviklingen vil påvirke og ha konsekvenser for flere av områder i samfunnet, og vil kreve nye løsninger og skape endringer på en rekke områder. Regjeringen har derfor startet arbeidet med et kunnskapsgrunnlag, slik at vi kan vurdere virkemidler som legger til rette for at flere har muligheten til å bo hjemme lenger og legge til rette for gode og tilpassede boligløsninger for den enkelte. Evalueringen fra Menon Economics i samarbeid med OsloMet v/NOVA og Helseøkonomisk Analyse, vil inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget i arbeidet med fremtidens boformer for eldre. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om saken på egnet måte.

Samarbeid med KS om fremtidige behov

Det er etablert samarbeid med KS om et løpende planarbeid for å kartlegge og utrede framtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og omsorgsboliger innenfor planperioden for Omsorg 2020. Regjeringen og KS sammenholder foreliggende materiale fra KS, SSB, diverse undersøkelser, samt statistikk og vurderinger fra Husbanden med sikte på nærmere analyser av behovet i årene framover og som grunnlag for fastsettelse av investeringsrammen i framtidige års budsjett. Planarbeidet forankres i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Plansamarbeidet har også blant annet resultert i et felles notat om forståelsen av heldøgns begrepet til bruk i statistikk.

Anmodningsvedtak

Heldøgns omsorgsplasser – trygghetsboliger

Vedtak nr. 33, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen utrede en endring i Husbandens tilskuddsordning til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, slik at tilskuddsordningene også kan inkludere trygghetsboliger uten heldøgns omsorg.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018), jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Det vises til anmodningsvedtak 438 av 31. januar 2018 om at regjeringen skal legge frem en

sak om hvordan nye finansieringsformer for boliger til eldre kan bidra til å redusere behovet for sykehjemsplasser og andre former for heldøgns omsorg. Regjeringen har startet et arbeidet med et kunnskapsgrunnlag, slik at vi kan vurdere virkemidler som legger til rette for at flere kan bo hjemme lenger og legge til rette for gode og tilpassede boligløsninger for den enkelte. En vurdering av hvorvidt investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsboliger kan inkludere trygghetsboliger uten heldøgns omsorg vil bli vurdert i dette arbeidet. Regjeringen foreslår å avslutte rapporteringen på vedtak nr. 33 og viser til videre oppfølging av vedtak 438 fra stortingssesjonen 2017–2018.

Investeringstilskudd til lokalkjøkken

Investeringstilskuddet til lokale produksjonskjøkken ble etablert ved Stortingets behandling av revidert budsjett 2019, jf. Innst. 391 S (2018–2019). Tilskuddsordningen gjelder renovering og bygging ved etablering eller gjenetablering av lokale kjøkkenløsninger med eget produksjonskjøkken ved eksisterende sykehjem og omsorgsboliger for personer med heldøgns tjenestetilbud.

Opprettelsen av et tilskudd til lokalt produksjonskjøkken er en del av Meld. St 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Målet er å gjøre mat og måltider til en bedre opplevelse og styrke matomsorgen ved å bringe matlaging tettere på beboerne i sykehjem og omsorgsboliger. For å skape nærhet mellom matlagingen og beboerne er det ønskelig at kjøkkenløsningen utformes slik at produksjonen av mat er åpen med minst en vegg ut mot fellesareal/spise-plass.

For å øke antall sykehjem og omsorgsboliger med egne kjøkkenløsninger for produksjon av mat, vil regjeringen foreslå en tilsagnsramme på til sammen 400 mill. kroner i planperioden for *Leve hele livet* (2019–2023).

Husbanden innvilger investeringstilskudd til prosjekter som kan ta flere år å fullføre. Posten har derfor et budsjetteringssystem med tilsagnsramme, tilsagnsfullmakt og bevilgning.

Av årlig tilsagnsramme legges det til grunn at 5 pst. kommer til utbetaling det første året, 15 pst. andre år, 30 pst. tredje år, 30 pst. fjerde år og 20 pst. femte år. Det foreslås en bevilgning på 6,7 mill. kroner i 2020, hvorav 4,8 mill. kroner er knyttet til tilskudd som innvilges i 2020 og 1,9 mill. kroner er knyttet til tilskudd innvilget i 2019 og som kommer til utbetaling i 2020. I tillegg

foreslås det en tilsagnsfullmakt på 102 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 96,9 mill. kroner i 2020. Det foreslås at tilskuddssatsen settes til 40 pst. av godkjent

anleggskostnad. Maksimal godkjent anleggskostnad for lokal produksjonskjøkken settes til 5 pst. av maksimal anleggskostnad for sykehjem, i tråd med tabell 4.12.

Tabell 4.12 Foreslåtte tilskuddssatser i 2020 for investeringstilskuddet til lokalkjøkken

per heldøgns beboer/bruker (i 1000-kroner)	Andre kommuner	Pressområdekommuner
Maksimal godkjent anleggskostnad	171,1	195,7
Maksimal godkjent tilskuddssats, 40 pst. av maksimal godkjent anleggskostnad	68,5	78,3

Post 64 Kompensasjon for renter og avdrag

Bevilgningen dekker renter og avdrag for oppstartstilskudd som ble gitt under handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2003 og opptrappingsplanen for psykisk helse 1994–2004.

Bevilgningen foreslås redusert med 10,9 mill. kroner som følge av årlig reduksjon i gjenstående avdragskompensasjon. Rentesatsen videreføres på 1,5 pst. i 2020. For omtale av tildelingskriterier vises det til Prop. 1 S (2009–2010) Kommunal- og regionaldepartementet. Ordningen forvaltes av Husbanken.

I 2018 ble det utbetalt 831,5 mill. kroner i kompensasjonstilskudd. Bevilgningen i 2019 er på 876,9 mill. kroner.

Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragskompensasjon.

Det foreslås bevilget 866 mill. kroner i 2020.

Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Bevilgningen dekker driftsutgifter og inntektpåslag til kommunene som inngår i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Forsøket startet opp 1. mai 2016. Formålet med forsøket er å se om statlige kriterier for tjenestetildeling og statlig finansiering av omsorgstjenestene gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktigere behovsdekning. De kommunene som i dag deltar i forsøket har inngått avtale om videre deltakelse ut 2022. Det foreslås 20,6 mill. kroner til å utvide forsøket med ytterligere seks kommuner med sikte på oppstart senest andre halvår 2020. Søknadsfrist for de seks nye kommunene settes til 1. februar 2020. Totalt

tas det sikte på at 11 kommuner deltar i forsøket ut 2022.

Forsøket er hovedsakelig finansiert gjennom overførte midler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, svarende til netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i deltakerkommunene i året forut for forsøksoppstart. I og med at kommunene i forsøket får dekket utgifter til ressurskrevende tjenester samme år som de påløper økes bevilgningen til forsøket tilsvarende. Deltakende kommuner mottar i tillegg et årlig inntektpåslag svarende til 4 pst. av netto driftsutgifter til omsorgstjenestene i året før forsøksoppstart. Inntektpåslaget er per kommune begrenset oppad til 25 mill. kroner årlig (2016–priser) og øremerket omsorgstjenester. Taket utgjør 28 mill. kroner i 2020.

Forsøket omfattet fram til 1. mai 2019 to modeller. I modell A benyttes en statlig finansieringsmodell og statlige tildelingskriterier, mens midlene til omsorgstjenestene ble gitt som øremerket rundsumstilskudd i modell B. Forsøket er forlenget som modell A.

Stjørdal, Bjørnafjorden, Lillesand og Selbu inngår i forsøkets modell A fra 1. januar 2020. Kommunene som per 1. januar 2020 slås sammen til Indre Østfold kommune kan etter søknad, vedtatt av nytt kommunestyre, delta i forsøket fra 1. januar 2020. Det tas sikte på at Indre Østfold kommune får statlig finansiering fra 1. juli 2020, hvis kommunen søker om dette. For nærmere omtale av forsøket vises det til omtale i Prop. 1 S (2015–2016) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Det foreslås bevilget 1 518,4 mill. kroner på post 65 til forsøket i 2020. Bevilgningen dekker driftsutgifter og inntektpåslag til kommunene som inngår i forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Når det er kjent hvilke kommuner som inngår i utvidelsen vil regjeringen komme tilbake

til forslag om endelig bevilgningsbehov i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2020. Posten har stikkordet overslagsbevilgning. Forsøket skal forvaltes av Helsedirektoratet og følgeevalueres, jf. omtale under kap. 761, post 21.

Det foreslås å øke bevilgningen med 103,7 mill. kroner til forsøket i 2020 utover pris- og lønnsvekst. Dette for å dekke økte overføringer til forsøket (42,9 mill. kroner), 13 mill. kroner for å dekke helårsvirkning av inntektspåslag til kommunene Fusa, som har slått seg sammen med Os kommune fra 1. januar 2020, Spydeberg, Hobøl, Askim og Eidsberg, samt 20,6 mill. kroner for å dekke inntektspåslag for ytterligere deltakende kommuner fra 1. juli 2020. Bevilgningen økes med 27,2 mill. kroner knyttet til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og vekst i innbyggertilskuddet som følge av endret demografi.

Innlemming av Fusa kommune, som slår seg sammen med Os kommune til Bjørnafjorden kommune fra 1. januar 2020, medfører at 101,938 mill. kroner overføres fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 571, post 60 Rammetilskudd til kommunene til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett kap. 761, post 65. De tidligere deltakende kommunene Spydeberg og Hobøl skal slå seg sammen med Askim, Eidsberg og Trøgstad til Indre Østfold kommune 1. januar 2020. Det medfører at tidligere uttrekk tilsvarende 219,125 mill. kroner for Spydeberg og Hobøl kommune tilbakeføres fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett (kap. 761, post 65) til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett (kap. 571.60). Som følge av ovennevnte overføres samlet 113,613 mill. kroner fra kap. 761, post 65 til kap. 571, post 60. Det vises også til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2018–2019), Programkategori 13.70.

Rapportering

I 2018 ble det utbetalt 1 451,3 mill. kroner til forsøket. I en rapport fra Agenda Kaupang og Proba samfunnsanalyse fra august 2018, gis en analyse av økonomisk utvikling og beregning av kommunale kostnader i forsøkets fire A-kommuner. Den viser at de økte overføringene knytter seg til at uttrekket fra kommunenes rammetilskuddet ikke dekker opp for den reelle veksten i kommunene og at enkelte av enhetsprisene i kommunene er lavere enn de nasjonale enhetsprisene. I tillegg forklarer tilskuddet til ressurskrevende tjenester en del av kostnadsveksten i forsøket.

Forsøket følgeevalueres. Tredje evalueringsrapport ble publisert januar 2019. Av erfaringer så langt trekkes det fram bedre samhandling og kontroll i kommunene. Bedre og hyppigere vurdering av vedtak, økt brukermedvirkning og opprydding i saksbehandlersystemer.

Forsøket gjennomføres i henhold til plan. Finansieringsordningen med basis i aktivitetsdata sikrer at kommunene kontinuerlig gjennomgår og kvalitetssikrer egne data til KPR. Dette har gitt kommunene et bedre grunnlag for å forstå og styre omsorgstjenesten i kommunene.

Post 67 Utviklingstiltak

Formålet med bevilgningen er å bidra til nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren og kompetanseheving av ansatte. Midlene går til tre hovedformål: Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.

Det foreslås å flytte 3,6 mill. kroner til kap. 761, post 79, til sentrene for omsorgsforskning sitt arbeid med å bistå og samarbeide med USHTene for at de skal oppfylle sine samfunnsoppdrag. Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen andre endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) skal bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Sentrene er en nasjonal satsing og er ett av virkemidlene for å realisere Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre og Omsorg 2020*.

Det ble i 2019 bevilget totalt 48,2 mill. kroner til utviklingssentrene. Det foreslås å bevilge 44,6 mill. kroner til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i 2020. 3,6 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 761, post 79.

Helsedirektoratet arbeider med å utrede muligheter for å bruke ett eller flere eksisterende fagmiljøer som har kompetanse på samisk språk og kultur for å bidra til fagutvikling og kompetanseheving i omsorgstjenestene til samiske brukere. Oppdraget skal lyses ut og skje med bakgrunn i relevante og egnede kriterier. Det er lagt

til grunn at dagens utviklingscenterstruktur ikke skal benyttes til formålet, samtidig som det ikke skal bygges opp nye kompetansesentra. Helsedirektoratet arbeider med å etablere en ny tilskuddsordning og det planlegges et tett samarbeid med Sametinget om utredning og utvikling av kriterier høsten 2019. Av bevilgningen i 2019 er det satt 1,2 mill. kroner til dette formålet.

Kommuner med utviklingsentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning. De fem sentrene for omsorgsforskning fikk i 2019 bevilget 3,6 mill. kroner for å bistå og samarbeide med USHTene for at de skal oppfylle sitt samfunnsoppdrag. Det foreslås at disse midlene flyttes til post 79 i 2020. Det vises til nærmere omtale av Sentrene for omsorgsforskning på post 21.

USHTene har i 2018 arbeidet med oppfølging av Demensplan 2020, velferdsteknologi, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming og lindrende omsorg og behandling. Sentrene har i tråd med sitt samfunnsoppdrag lagt til rette for samarbeid og kunnskaps- og erfaringsdeling mellom kommuner i sitt fylke. Dette har skjedd gjennom fagnettverk for ansatte, fagdager, konferanser og workshops for erfaringsdeling.

USHTene ble i 2018 involvert i planlegging og gjennomføring av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Sammen med fylkesmennene og KS utgjør de reformens regionale støtteapparat. Formålet til støtteapparatet er å understøtte kommunenes endringsarbeid og legge til rette for erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden. Det vises til bevilgning og omtale under post 21.

Kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Målet med ordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet til pasienter med behov for lindrende behandling og omsorg uavhengig av diagnose, samt bidra til kompetanseoppbygging i kommunene. Målgruppen er personer som har behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og deres pårørende. Tilskuddsordningen forvaltes av Fylkesmennene. Bevilgningen foreslås videreført med 14,5 mill. kroner i 2020.

Det er behov for å evaluere virkningene av ordningen. Det foreslås derfor at 500 000 kroner av tilskuddsmidlene avsettes til en evaluering av ordningen i 2020.

I 2018 har tilskuddsmidlene blant annet vært benyttet til utvikling av standardisert forløp for hjemmedød, mer hjemmetid, bedret samhandling, implementering av tiltakspakker som Livets siste dager og generell kompetanseutvikling. Det er opprettet samarbeid mellom virksomheter i kommunene, mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det er også opprettet samarbeid mellom høgskoler og kompetansesentre om lindrende behandling og omsorg. Prosjektene retter seg mot personer i og utenfor sykehjem, personer med demens, og barn. I 2018 ble det innvilget 70 søknader. Fylkesmennene rapporterer om stor grad av måloppnåelse i prosjektene.

Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke fag- og tjenesteutvikling og kompetanseheving i tjenestene til personer med utviklingshemming. I 2018 fikk 19 kommuner tilskudd over ordningen. Det er stor bredde i prosjektene, og det er gitt tilskudd til prosjekter som omhandler blant annet velferdsteknologi, planarbeid og veiledere med konkrete tiltak i tjenestene til personer med utviklingshemming.

Flere prosjekter er interkommunale og har et stort spekter av samarbeidspartnere. Mange av prosjektene har også stor overføringsverdi nasjonalt. I samarbeid med bl.a. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) legges det til rette for spredning av erfaringer fra prosjektene gjennom nasjonale konferanser og omtaler. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

Det foreslås å videreføre Bevilgningen foreslås videreført med 7,5 mill. kroner i 2020.

Post 68 Kompetanse og innovasjon

Bevilgningen dekker tilskudd til kompetanse- og innovasjon, samt Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund.

Bevilgningen foreslås styrket med til sammen 3,4 mill. kroner til økt tilskudd til Helseinnovasjonssenter i Kristiansund.

Det foreslås å omdisponere 23 mill. kroner fra Kompetanse- og innovasjonstilskuddet til opprettelse av et nytt tilskudd for oppfølging av *Leve hele livet* på posten. Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen andre vesentlige endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Leve hele livet – Økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet

Det foreslås 23 mill. kroner til et nytt tilskudd til utvikling av gode modeller for å bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene, i tråd med hovedområdene i Leve hele livet. Målgruppen for tilskuddsordningen er kommuner som sammen eller hver for seg kan iverksette tiltak for å bidra til utvikling av gode løsninger innenfor følgende tre områder:

Hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester

Tilskudd til kommuner for å utvikle og spre gode modeller for hospitering av ansatte mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet er gjensidig kompetanseoverføring for bidra til å sikre god kunnskap i tjenestene og om hverandres hverdag og brukergruppe, for å sikre helhetlige og gode løp for pasientene. Mange eldre og deres pårørende opplever at tjenestene er for oppstykket og mangler helhet. Dette fører til utrygghet og bekymring.

Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenestene

Tilskudd til kommuner som ønsker en omlegging av tjenestene for å øke kontinuiteten i tjenestene, gi brukere og ansatte større trygghet, og bidra til tjenester som er tilpasset brukernes hverdag. Dette kan være utprøving av alternative turnusordninger som blant annet bidrar til flere heltidsstillinger, utvikling av verktøy som optimaliserer arbeidslister og oppgavefordeling, eller utvikling av andre arbeids- og organisasjonsformer for å sikre økt forutsigbarhet i tjenestetilbudet til den enkelte.

Stort omfang av deltid og korte vakter medfører at brukerne må forholde seg til mange ansatte og at brukerne opplever tjenestene som fragmenterte. Dermed øker risikoen for at viktig informasjon kan glippe i vaktskiftene, og at tjenestene i liten grad er tilpasset brukernes behov. Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene må ivareta brukernes behov for tilgjengelighet, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet.

Aktivitetsdag på sykehjem

Tilskudd til kommuner som ønsker å arrangere en aktivitetsdag for beboere i sykehjem, som del av gjennomføringen av Leve hele livet lokalt. Formålet

med tilskuddet er å bidra til en opplevelsrik dag for eldre i tråd med områdene i kvalitetsreformen Leve hele livet. Dagen skal inneholde ulike aktivitetstiltak og gode mat og måltidsopplevelser. Aktivitetsdagen skal legge til rette fysiske, sosiale og kulturelle opplevelser og gode møter mellom generasjoner. Flere undersøkelser viser at beboere på sykehjem er fornøyd med pleie og omsorg, men savner meningsfulle dager med sosial kontakt og aktivitet, og at ansatte ikke kjenner beboernes ønsker og behov godt nok. Større vekt på samhandling mellom ansatte, eldre og deres pårørende er viktig for å etablere gode, meningsfulle og fellesskapsbyggende aktiviteter. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkelte eldres interesser, ønsker og behov.

Tilskuddet skal forvaltes av Helsedirektoratet. Tiltakene skal ha overføringsverdi til andre kommuner. Helsedirektoratet skal samle og spre løsningene fra de kommunale prosjektene, blant annet basert på erfaringene fra tidligere modellutviklingsprogram i demensplanarbeidet.

Kompetanse- og innovasjonstilskuddet

Formålet med kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtid utfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet. Posten skal blant annet dekke tiltak til opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) som er et prioritert tiltak på posten.

Det ble bevilget 391,4 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2019. Det foreslås en samlet bevilgning på 367,9 mill. kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2020.

Bevilgningen skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov. Midlene skal fordeles på tre hovedformål:

- Opplæring knyttet til brukerstyrt personlig assistanse.
- Midler til kompetanseheving, herunder tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte og kompetansetiltak om rus og psykiske lidelser.
- Innovasjonstiltak, herunder utvikling av nye tiltak og metoder for forebygging og tidlig innsats, egenmestring, aktivitet og kulturopplevelser, ernæring, legemiddelhåndtering, rehabilitering og samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og i demensomsorgen spesielt.

Økt kompetanse er viktig for å utvikle god praksis og sikre trygge og gode tjenester tilpasset den enkeltes behov. Om lag 34 300 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning i 2018 med midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Av disse fullførte om lag 390 personer en bachelorutdanning i helse- og sosialfag, om lag 1150 personer en utdanning på videregående nivå, om lag 540 personer en fagskoleutdanning, om lag 2000 personer en videreutdanning eller mastergradsutdanning innenfor høyere utdanning, og om lag 30 200 personer kurs, internopplæring eller annen type etterutdanning. Om lag 1500 ansatte knyttet til rusfeltet og psykisk helse fullførte et kompetansetiltak i 2018. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. 207,5 mill. kroner av ordningen øremerkes til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene i 2020. Videreutdanning av sykepleiere og andre høyskoleutdannede og videreutdanninger innen ernæring og palliasjon prioriteres. Fylkesmannsembetene skal i tilskuddsforvaltningen, der det er hensiktsmessig, bidra til etablering av desentraliserte og distriktsvennlige høgskoletilbud med kommunene som målgruppe.

Det ble for perioden 2016–2019 bevilget til sammen om lag 1,3 mrd. kroner til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene, fordelt på Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten på post 21, kompetanse- og innovasjonstilskuddet på post 68, lønnstilskudd til avansert klinisk sykepleie på kap. 762, post 63, samt 116 mill. kroner som i 2018 ble flyttet til ny tilskuddsordning til fagskoleutdanning på kap. 240, post 60 på Kunnskapsdepartementets budsjett. Nærmere 5100 kandidater fullførte en grunn- eller videreutdanning med tilskudd fra de fire ordningene i 2018. I tillegg var i overkant av 8900 personer under utdanning. Helsedirektoratet har estimert at om lag 6260 av disse var nye kandidater i 2018.

Det ble bevilget midler til opplæring av i overkant 2300 assistenter, arbeidsledere og saksbehandlere for brukerstyrt personlig assistanse i 2018.

Det ble i 2018 gitt tilskudd til 354 innovasjonsprosjekter. Dette er en reduksjon på 19 innvilgede søknader fra 2017 til 2018. Hoveddelen av prosjektene omhandler velferdsteknologi, tidlig innsats og egenmestring, habilitering og rehabilitering, samt samspill med pårørende og frivillige. Videre er det bevilget midler til flere prosjekter innen bl.a. ernæring, legemiddelhåndtering, fritidsaktivitet med assistanse og kulturopplevelser.

Satsingen på teknologier for trygghet og mestring er i en sprednings- og innføringsfase, der det innenfor tilskuddsordningen gis midler til å spre velferdsteknologiske løsninger basert på erfaringene fra utviklingskommunene. Erfaringene fra utviklingskommunene viser at det kan være store gevinster å hente med bruk av velferdsteknologi med hensyn til tjenestekvalitet, arbeidsmiljø og ressurser, så lenge velferdsteknologien brukes på riktig måte. Det er nå om lag 330 kommuner med i spredningsprosjektet som jobber med implementering av de allerede utprøvde og anbefalte teknologiområdene. Se post 21 for nærmere omtale. 20,7 mill. kroner av ordningen øremerkes til spredning av velferdsteknologi i kommunene i 2020. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Midlene forvaltes av fylkesmennene og fordeles til embetene etter en fordelingsnøkkel basert på fordeling av midlene til Kompetanseløft 2020 og Kommunal- og moderniseringsdepartementets fordeling av innovasjonsmidlene i skjønnstilskuddsordningen til kommunene. Tilskuddsordning skal legge til rette for å se de ulike satsingene under Omsorg 2020 i sammenheng, og sikre bedre samordning med tilskudd som gis til andre kommunale tjenesteområder under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Innovasjons- og kompetansetilskuddet skal også ses i sammenheng med Kommunal- og moderniseringsdepartementets skjønnstilskudd, som også kan benyttes til kommunal innovasjon og utvikling.

Regionalt senter for helseinnovasjon- og samhandling Kristiansund

Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund arbeider for økt bruk og innfasing av teknologi og tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren, samt koordinering og videreutvikling av interkommunale samarbeid med bakgrunn i fagområdene forskning og innovasjon, helse som næring og velferdsteknologi. Bevilgningen foreslås styrket med 3,4 mill. kroner, til en samlet bevilgning på 10 mill. kroner i 2020.

Post 69 Investeringstilskudd, netto tilvekst

Bevilgningen dekker investeringstilskudd til netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser fra og med 2019. Tilskuddet skal forvaltes av Husbanken.

Bevilgningen foreslås økt med 337,9 mill. kroner, hvorav 89,8 mill. kroner knyttet til første års utbetaling av tilskudd til om lag 1000 heldøgns

omsorgsplasser. Videre er 248,1 mill. kroner knyttet til tilsagn gitt i 2019.

Med netto tilvekst menes at de plasser som får tilskudd kommer i tillegg til de plassene kommunen allerede har. Kommunen kan ikke avvikle eksisterende plasser i 10 år fra søknadstidspunktet når det søkes om tilskudd til plasser som gir netto tilvekst.

Mange gamle og uhensiktsmessige institusjonsplasser og omsorgsboliger har blitt fornyet med investeringstilskudd gjennom renovering eller utskiftning siden 2008. Dette har bidratt til å heve kvaliteten på tilbudet i kommunene. I årene framover blir det viktig å få flere heldøgns omsorgsplasser for å møte den store økningen i antallet brukere som vil komme fram mot 2030. Stortinget vedtok i budsjettet for 2019, jf. Innst. 11 S (2018–2019), at 50 pst. av den samlede tilsagnsrammen til investeringstilskudd nyttes til ren netto tilvekst og bevilget over kap. 761, post 69. Den resterende andelen av tilsagnsrammen nyttes til rehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst over kap. 761, post 63. Bevilgningen på kap. 761, post 63 kan nyttes under kap. 761, post 69.

Husbanken innvilger investeringstilskudd til prosjekter som kan ta flere år å fullføre. Posten har derfor et budsjetteringssystem med tilsagnsramme, tilsagnsfullmakt og bevilgning. Det vises til Prop. 114 S (2018–2019) for Helse- og omsorgsdepartementet, boks 4.2 for beskrivelse av budsjetteringssystem for poster med tilsagnsfullmakt.

Av årlig tilsagnsramme legges det til grunn at 5 pst. kommer til utbetaling det første året, 15 pst. andre år, 30 pst. tredje år, 30 pst. fjerde år og 20 pst. femte år. Det foreslås en bevilgning på 403,3 mill. kroner i 2020, hvorav 89,8 mill. kroner knyttet til tilsagn til tilskudd som ferdigstilles i 2020.

Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 1 797,5 mill. kroner i 2020. Rammen vil kunne dekke tilskudd til netto tilvekst av om lag 1000 heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig. Det foreslås en maksimal anleggskostnad og tilskuddssats på samme nivå som for Bevilgningsforslaget innebærer en tilsagnsramme på 1 797,5 mill. kroner i 2020. Rammen vil kunne dekke tilskudd til netto tilvekst av om lag 1000 heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsbolig. Det foreslås en maksimal anleggskostnad og tilskuddssats på samme nivå som for investeringstilskuddet til rehabilitering/modernisering og utskiftning, jf. tabell 4.11 under kap. 761

post 63. For prosjekter som mangler eget produksjonskjøkken og tilfredsstillende lokale kjøkkenfunksjoner i eller i nærheten av boenhetene, reduseres maksimal godkjent anleggskostnad med 5 prosent. I tillegg foreslås det en tilsagnsfullmakt på 3 379,7 mill. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak IV.

Omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd skal være universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Demensplan 2015/2020 og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming.

Menon Economics i samarbeid med OsloMet v/NOVA og Helseøkonomisk Analyse har på oppdrag fra Husbanken evaluert investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser. Det vises til nærmere omtale av evalueringen på post 63.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til landsdekkende organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv.

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Det foreslås 3 mill. kroner til tilskudd til frivillige organisasjoner som legger til rette for besøks- og aktivitetsvenner i eldreomsorgen, som en del av regjeringens mål om å forebygge ensomhet blant eldre.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til fem særskilte tiltak:

- 3 mill. kroner til Blindeforbundets likemannsarbeid
- 2 mill. kroner til Hørselshemmedes Landsforbunds likemannsarbeid, hørselshjelpsordningen
- 1,5 mill. kroner til Demenslinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Røde Kors besøkstjeneste
- Hjertelinjen, i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen

Det er også anledning for andre landsdekkende frivillige organisasjoner å søke om tilskudd. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet, som følger opp virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

Anmodningsvedtak

Kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler

Vedtak nr. 434, 30. januar 2018

«Stortinget ber regjeringen medvirke til at kommunenes fagkompetanse om hjelpemidler og kapasitet i førstelinjen øker, ved å bidra til at kommunene kan ansette flere ergoterapeuter. I tillegg ber Stortinget regjeringen vurdere hvordan likemannsarbeidet i regi av frivillige organisasjoner kan styrkes, herunder som et bidrag til en styrking av kompetansen hos de kommunale syns- og hørselskontaktene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:57 S (2017–2018), Innst. 101 S (2017–2018).

Kontroll- og konstitusjonskomiteen hadde i Innst. 291 S (2018–2019) merknad om at det fortsatt gjenstår et arbeid for å styrke kompetansen hos de kommunale syns- og hørselskontaktene, i tråd med vedtaket, og vil derfor ikke utkvittere anmodningsvedtaket. Helse- og omsorgsdepartementet tolker merknaden, slik at deler av anmodningsvedtaket er kvittert ut. Resten av anmodningsvedtaket følges opp gjennom at likepersonsarbeidet utvikles i regi av pasientorganisasjonene og regjeringen foreslår i budsjettet for 2020 en videreføring av det øremerkede tilskuddet til Hørselshemmedes landsforbunds likemannsarbeid med 2 mill. kroner.

Post 72 Landsbystiftelsen

Bevilgningen dekker tilskudd til Camphill Landsbystiftelsen i Norge. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av stiftelsens landsbyer.

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Landsbystiftelsen som er inspirert av antroposofien, skal tilby et helhetlig bo- og arbeidsfelleskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Landsbyene skal gi beboerne en trygg livssituasjon hvor de kan ta egne valg, få god omsorg, et meningsfylt arbeid og et rikt kulturliv.

Det er seks landsbyer med totalt 133 heldøgns plasser og 29 dagplasser. Beleggsprosenten er stabil og har ligget på 95 pst. for heldøgns- og 91 pst. for dagplasser. Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til landsbyene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap. Stiftelsen og Helsedirektoratet

samarbeider om å bedre rutinene for oppfølging av tilskuddet. Kommuner som har personer med utviklingshemming ved landsbyene får ikke tildelt midler for disse gjennom inntektssystemet.

Post 73 Særlige omsorgsbehov

Bevilgningen dekker tilskudd til lindrende enheter og delvis utgifter til drift av seksjon Helse og språk ved Signo Conrad Svendsen senter, Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter.

Bevilgningen foreslås styrket med 30,8 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon av kap. 732, post 70, knyttet til tilskudd til etableringer og drift av lindrende enheter. Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen andre endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Tilskudd til lindrende enheter

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2018–2019), jf. Innst. 11 S (2018–2019) ble det vedtatt å bevilge 30 mill. kroner til etablering av hospice i Malvik, jf. Innst. 11 S (2018–2019). Ved Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018–2019), jf. Innst. 391 S (2018–2019) ble midlene flyttet fra kap. 732, post 70 til kap. 761, post 73. I 2019 gikk bevilgningen til etablering og drift av plasser til lindrende behandling og omsorg i Malvik, som tilbys kommunene og enkeltpasienter som selv oppsøker tilbudet.

For å legge til rette for at flere aktører kan få anledning til å styrke og etablere lindrende enheter, foreslås det å endre tilskuddsordningens innretning slik at den blir en søkbar ordning fra og med 2020. Formålet med tilskuddet er styrke mangfoldet av tilbudet til mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg. Tilskuddet skal gå til drift og etablering av enheter som drives etter hospicefilosofien. Både frivillige aktører, stiftelser og kommunale enheter kan søke om tilskudd. Særlig tilrettelagte tilbud om lindrende behandling til barn skal prioriteres.

Tilskudd til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen senter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving internt og eksternt. Seksjon Helse og språk utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde ved Signo Conrad Svendsen senter i Oslo og Trondheim. Seksjonen gir også opplæring og veiledning knyttet til døve, hørselshemmede og

døvblinde med tilleggsvansker i kommunene. I 2018 ble det utbetalt om lag 14,6 mill. kroner til senteret. Det foreslås å videreføre tilskuddet til stiftelsen i 2020.

Tilskudd til Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter, og derigjennom stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Bevilgningen skal bidra til drift i henhold til følgende tildelingskriterier:

- Bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det Mosaiske Trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn.
- Tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger.
- Midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for et tilbud i institusjonen.
- Subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av type tiltak.

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene overfor, kan anvendes overfor medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved tiltaket. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass, hjemmebesøk mv. I 2018 ble det samlet utbetalt om lag 6,8 mill. kroner til de to institusjonene. Departementet foreslår å videreføre tilskuddet, samt opprettholde samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av tilskuddet mellom de to institusjonene i 2020. Helse- og omsorgsdepartementet følger institusjonenes bruk av midler gjennom årsmelding, budsjett og regnskap.

Post 75 Andre kompetansetiltak

Bevilgningen dekker tilskudd til Fagnettverk Huntington og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU).

Fagnettverk Huntington

Formålet med bevilgningen er å bedre det kommunale helse- og omsorgstilbudet for personer med Huntingtons sykdom og deres familier. Bevilgningen skal sikre drift av de fem regionale ressursentrene. Ressursentrene skal ha ansvar for drift og utvikling av hvert sitt regionale fag-

nettverk, utvikling av egen nettside, samt delta aktivt i det nasjonale fagnettverket.

Ressursentrene skal være pådrivere for kunnskapsbasert praksis og bidra til kommunal tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester, spesielt for mennesker i siste fase av Huntingtons sykdom.

I 2019 fikk fagnettverket Huntington bevilget 4,5 mill. kroner. Det foreslås å videreføre tilskuddet i 2020. Det vises også til omtale av 0,5 mill. kroner til arbeidet med Huntington-web prosjektet.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, NAKU

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) skal bidra til å utvikle og styrke det faglige grunnlaget i tjenestetilbudene til personer med utviklingshemming ved å forene forskning, utdanning og praksis. Med bakgrunn i det landsomfattende tilsynet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming i 2016 har NAKU gjennomført flere tiltak for å øke kompetanse og kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ett av satsingsområdene til NAKU er å drifte Kunnskapsbanken, som helse- og omsorgspersonell kan bruke som støtte og veiledning i sitt daglige arbeid. I samarbeid med landets fylkesmenn er det avholdt flere fagkonferanser og seminarer for kommunalt ansatte. I 2019 ble det utbetalt 6,2 mill. kroner til NAKU. Det foreslås å videreføre det øremerkede tilskuddet i 2020.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen kan nyttes under post 21. Omtalen av postene er samlet i sin helhet under post 21. Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklings tiltak innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det foreslås å flytte 3,6 mill. kroner fra post 67, knyttet til sentrene for omsorgsforsknings arbeid opp mot utviklingsentrene for sykehjem og hjemmetjenesten.

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen andre endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

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.

Kap. 762 Primærhelsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	143 620	121 688	121 061
50	Samisk helse	5 557		
60	Forebyggende helsetjenester	328 417	453 458	453 458
61	Fengselshelsetjeneste	169 238	178 866	181 184
63	Allmennlegetjenester	127 065	210 723	322 781
64	Opptappingsplan habilitering og rehabilitering	89 565	88 196	4 018
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	60 622	45 048	45 040
73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	54 981	56 600	58 119
74	Stiftelsen Amathea	20 378	24 569	25 228
	Sum kap. 0762	999 443	1 179 148	1 210 889

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering:

- 27,6 mill. kroner til 100 flere avtaler om spesialisering i allmennmedisin (Alis-avtaler) og fem Alis-kontor for å bistå kommuner i regionen med å inngå og følge opp Alis-avtaler.
- 78,4 mill. kroner, avtalt i takstforhandlingene med Legeforeningen i 2019, til ytterligere 100 Alis-avtaler og tilskudd til fastleger med stor andel pasienter på listen som krever mye oppfølging.
- 87 mill. kroner knyttet til opptappingsplan for habilitering og rehabilitering foreslås flyttet fra kap. 762, post 64 til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, kap. 571, post 60 rammetilskuddet til kommunene.

Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet følges opp i tråd med Innst. 40 S (2015–2016). I stortingsmeldingen ble det foreslått tiltak som skal bidra til å utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at innbyggerne opplever at tjenestene er mer kompetente, bedre samordnet og mer tilgjengelige. Dette samsvarer med samhandlingsreformens målsetting og tar reformen et steg videre. Flere tiltak gjennomføres for å utvikle en mer teambasert tjeneste, bedre tilbudet til personer med kronisk sykdom, forbedre ledelsen av og heve kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Bedre tjenester til barn og ungdom er et sentralt tema i meldingen. Regjeringen har over flere år styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Barn og ungdom skal oppleve god tilgjengelighet til hjelp når de trenger det. Gode tjenester til barn og unge forutsetter bedre samarbeid mellom ulike hjelpetiltak. Regjeringen har påbegynt arbeidet med å utrede hvordan tjenester til barn og unge kan koordineres bedre på tvers av tjenestesektorer. Regjeringen har videre lagt fram en opptappingsplan for barn og unges psykiske helse, se nærmere omtale under kap. 765 Psykisk helse, rus og vold.

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering avsluttes ved utgangen av 2019. Det er gjennomført flere tiltak for å skape bedre og mer tilgjengelige logopedi-, kiropraktikk- og fysioterapi-tjenester.

I dette budsjettet foreslås det å bevilge midler over flere kapitler for å gjennomføre tiltak i tråd med primærhelsetjenestemeldingen. Flere tiltak er nærmere omtalt under kap. 762 Primærhelsetjeneste med forslag til bevilgninger under de enkelte postene. Det vises i tillegg til omtale under kap. 761 Omsorgstjeneste.

Allmennlegetjenesten

Primærhelsetjenestemeldingen beskriver utfordringsbildet i allmennlegetjenesten. Etter at meldingen ble lagt fram, har utfordringsbildet for fastlegeordningen blitt forsterket og tydeliggjort. Det

samlede utfordringsbildet fordrer en grundig gjennomgang og flere tiltak.

Det er særlig utfordringer knyttet til kapasiteten i og rekruttering til fastlegeordningen som er blitt tydeligere. Mange fastleger har høy total arbeidsbelastning. Fastlegenes oppgaver har økt. Det skyldes flere faktorer, både overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, aktivitetsøkning i spesialisthelsetjenesten, medisinsk og teknologisk utvikling og andre samfunnsendringer. Samlet øker behovet for og etterspørselen etter tjenester hos fastlegene. Legevaktsarbeid bidrar også til en samlet stor arbeidsbelastning for mange fastleger.

Utfordringene knyttet til kapasitet finnes til tross for at det har vært en jevn økning i antall fastleger siden innføringen av fastlegeordningen i 2001. Økningen er fortsatt noe høyere enn befolkningsøkningen. Gjennomsnittlig antall innbyggere på fastlegelistene har gått langsomt nedover, siden toppen i 2005 på om lag 1200. Ved utgangen av andre kvartal 2019 er gjennomsnittlig listelengde 1091. Da fastlegeordningen startet, var antallet fastleger 3585. Ved utgangen av andre kvartal 2019 var antallet 4822. Andelen lister uten lege, dvs. at stillingene/praksisen ikke var besatt eller var betjent av vikar, var høyest i Nordland. Andelen lister uten lege i Nordland økte fra 7,1 pst. per juni 2018 til 13,1 pst. per juni 2019. I Sogn og Fjordane er tilsvarende andel 5,1 pst. Ved utgangen av 2013 var 35 pst. av fastlegene 55 år eller eldre. Ved utgangen av andre kvartal 2019 hadde andelen gått ned til 31 pst. Kvinneandelen har i samme periode økt fra 39 pst. til 44 pst.

Evaluering av fastlegeordningen

Stortinget vedtok 11. oktober 2017 å be regjeringen om å evaluere fastlegeordningen og fremme sak til Stortinget med forslag om endringer i ordningen som sikrer at målene for fastlegereformen innfris. En bred evaluering av fastlegeordningen ble levert høsten 2019.

Formålet har vært å få kunnskap om status og utfordringer for fastlegeordningen i dag sett fra ulike ståsted. Evalueringen tar utgangspunkt i fastlegenes samfunnsoppdrag, slik dette framgår av lover, forskrifter og avtaleverk som rammer inn ordningen i dag. Samtidig er formålet å få belyst om dagens fastlegeordning samsvarer med dagens og morgendagens behov for og forventninger til fastlegeordningen.

Evalueringen viser at de vesentlige intensjonene med fastlegeordningen langt på vei er oppfylt. Kontinuitet og stabilitet i lege-pasientforhol-

det trekkes fram som den viktigste enkeltfaktoren for kvaliteten. Samtidig viser evalueringen en presset fastlegeordning. Arbeidsmengden som fastlege har blitt for omfattende, kommunene sliter med å rekruttere fastleger, flere fastleger slutter i yrket og studenter og LIS1-kandidater ønsker i liten grad å arbeide som fastlege.

Som en separat del av evalueringen har Folkehelseinstituttet gjennomført en undersøkelse av brukernes erfaringer og deres vurderinger av behandlingen og oppfølgingen de har fått hos sin fastlege. Evalueringen viser at mange pasienter er fornøyde med fastlegen. Særlig fornøyd er de med fastlegens evne til å gjøre seg forstått, ta pasienten på alvor, fastlegens faglige dyktighet og henvisningspraksis ved behov. Samtidig mener mange at tilgjengeligheten ikke er god nok. Pasientene opplever å vente lenge på time og på venterommet. Pasientene opplever at fastlegen ikke har nok tid. Ordningen fungerer dårligst for pasienter med langvarige helseproblemer og sammensatte behov.

En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste forutsetter en velfungerende allmennlegetjeneste. I årene framover må enda flere oppgaver enn i dag løses i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor behov for økt rekruttering og stabilisering og for å legge til rette for innovasjon i organisering, arbeidsmåter og finansiering. Videre satsing på kompetanse- og kvalitetstiltak samt digitalisering vil også være sentralt. Det er behov for å se på tjenestene som ytes og oppgavene som i dag utføres i en fastlegepraksis, både av legene og av annet personell. Dette gjelder også oppgaver fastlegene utfører på vegne av andre sektorer. Samhandlingen mellom fastlegepraksisene og sykehusene, og mellom praksisene og andre kommunale tjenester må forbedres. Dette er et sentralt tema i Nasjonal helse- og sykehusplan, som legges fram høsten 2019. Kommunenes ledelse og oppfølging av praksisene må styrkes og forbedres.

Regjeringen vil legge fram en plan for allmennlegetjenesten i kommunene våren 2020 som vil peke på tiltak for å bidra til å sikre en moderne og framtidsrettet allmennlegetjeneste.

Trepartssamarbeidet

Det avholdes jevnlig møter i trepartssamarbeidet, der KS/Oslo kommune, Legeforeningen og staten drøfter utfordringer i og tiltak for å utvikle fastlegeordningen.

Flere partssammensatte arbeidsgrupper nedsatt av trepartssamarbeidet har levert sine rapporter. Det ble i 2018 utredet ulike modeller for

utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin og konsekvenser av økte kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2019 er det iverksatt utredning av alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen, og for kvalitet og innovasjon i allmennlegetjenesten.

Rekruttering

Rekruttering av fastleger er et ansvar både for staten og kommunene. Kommunene må sørge for tilstrekkelig legedekning for å oppfylle kravene som påligger kommunen i lov og forskrift. Staten har etablert et rekrutteringstilskudd til kommuner som har utfordringer med å rekruttere fastleger. Tilskuddsordningen er, både i 2018 og 2019, utformet i dialog med partene. Rekrutteringstilskuddet i 2019 ble forbeholdt kommuner som kunne dokumentere rekrutteringsutfordringer og fordelt på tre ulike tiltak:

- etableringstilskudd ved inngåelse av fastlegeavtale.
- tilskudd til Alis-avtaler (tidligere kalt utdanningsstillinger) i de tilfeller rekruttering til fastlegeavtale med spesialiseringsløp betinger særlig tilrettelegging ut over de krav til veiledning som framgår av forskrift om spesialistutdanning av leger m.v.
- tilskudd til andre tiltak som kan bidra til stabilitet blant allmennleger.

Det vises til omtale under kap. 762, post 63.

Takstforhandlingene 2019

Takstforhandlingene i 2019 med Legeforeningen hvor inntektene til legene blir regulert, innebærer at fastlegeordningen ble styrket med 180 mill. kroner for å underbygge rekruttering, stabilisering og samhandling:

- det blir høsten 2019 etablert en ny tilskuddsordning på 50 mill. kroner til næringsdrivende fastleger med mange pasienter på listen som krever mye oppfølging.
- det tilføres 60 mill. kroner til en tilskuddsordning som skal tilrettelegge for at selvstendige næringsdrivende fastleger i kommuner med rekrutteringsutfordringer specialiserer seg.
- det ble etablert en egen ny takst for fastleger som skal støtte opp under og stimulere til økt samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Oppgjøret legger også til rette for økt bruk av e-konsultasjon der det er en hensiktsmessig konsultasjonsform.

I tillegg fikk fastlegene en inntektsvekst på 3,2 pst. som er den generelle inntektsveksten i 2019.

Legevakt

Legevakt har betydning for både akuttberedskap og dermed befolkningens trygghet, men også for rekruttering av fastleger. Nye kompetansekrav, vaktbelastning og lange avstander er blant de mange utfordringene i tjenesten. Med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Akuttutvalgets NOU 2015: 17 Først og fremst, har Helsedirektoratet utarbeidet forslag til en modell for organisering av det akuttmedisinske tilbudet i kommunene i framtiden som skal prøves ut i et treårig prosjekt med oppstart rundt 1. september 2019. Sentralt i modellen er en forsterket legevaktstasjon og legevaktssentral der lege er tilgjengelig for avklaringer hele døgnet og kan være beslutningsstøtte for annet helsepersonell i de deltakende kommunene, bl.a. i legevaktssatellitter i ytterkant av distriktene der for eksempel sykepleier eller ambulansarbeider er til stede. Legen kan ved behov være bakvakt for andre leger i distriktet. Det er tildelt 14 mill. kroner til et pilotprosjekt hvor to distrikter deltar (Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt og Romsdalsregionen legevaktssamarbeid).

Som oppfølging av Akuttutvalgets utredning er det også igangsatt andre tiltak på legevaktfeltet. Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til veileder for legevaktstjenesten og utredet kvalitetsmål for legevaktstjenesten som vil inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitale tjenestene. Utkastet til veileder og kvalitetsmål ble sendt på ekstern høring i juni 2019.

Det er foretatt en gjennomgang av akuttmedisinforskriften, og forslag til endringer ble sendt på høring 23. august 2019 med frist 19. november. Det foreslås å endre bestemmelsen om kravet til bakvakt slik at det ikke stilles et generelt krav til utrykningsplikt for bakvakten. Kravet erstattes med at den enkelte kommune eller det enkelte vakt-distrikt må vurdere om bakvakten ved behov skal kunne rykke ut for å bistå lege i vakt. Videre foreslås det at bestemmelsene om fylkesmannens adgang til å gjøre unntak fra kompetansekravene oppheves. Det tas sikte på at endringer kan tre i kraft 1. januar 2020. Det pågår også et prosjekt forankret ved Valdres lokalmedisinske senter med

mål å styrke samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden.

Alis (allmennleger i spesialisering)

Som resultat av inntektsoppgjøret med Legeforeningen i 2019, tilføres 48 mill. kroner til en tilskuddsordning for fastleger som er under spesialisering i allmennmedisin i kommuner med rekrutteringsutfordringer. Dette kommer i tillegg til Alis-avtalene etablert i prosjektene Alis-Vest og Alis-Nord og Alis-avtalene som etableres som følge av at det ble gitt rom for å søke på midler til Alis-avtaler i rekrutteringstilskuddet i 2019. Tilskuddsordningen avtalt i takstforhandlingene er i utgangspunktet for næringsdrivende fastleger. Denne tilskuddsordningen forutsetter en kommunal egenandel på 20 pst. per avtale, totalt 12 mill. kroner. Alis-avtaler er avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilt tilrettelegging under spesialisering som går ut over og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften.

Fem kommuner gis tilskudd for å bistå kommuner i regionen til å inngå og følge opp Alis-avtaler. Denne funksjonen er gitt betegnelsen Alis-kontor. Dette er Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar som skal være vertskommuner for Alis-kontorene. Disse skal rådgi kommunene om rekrutteringstiltak som kan inngå i Alis-avtaler, bistå med maler for Alis-avtaler og innhente og formidle erfaringer med de ulike tiltakene. Alis-kontorene skal også gi støtte og rådgiving til kommunene med hensyn til implementering av Helse direktoratets anbefalte utdanningsplan i allmennmedisin. Alis-kontorene skal ikke overta kommunenes oppgaver, men bidra med koordinering og rådgiving på tvers av kommunene og i den utstrekning kapasiteten tillater. Dette innebærer å bistå kommunene i arbeidet med helhetlige utdanningsløp (læringsarenaer), bistå kommuner med å skaffe kvalifiserte veiledere og bistå kommunen med regionalt/nasjonalt å utvikle, gjennomføre og koordinere læringsaktiviteter. Det foreslås 10 mill. kroner til Alis-kontorene i 2020.

Utprøving av tverrfaglige og nye arbeidsformer

1. april 2018 startet et treårig pilotprosjekt med primærhelseteam i fastlegepraksiser, jf. kap. 762, post 21. Formålet er bl.a. å sikre bedre oppfølging av brukere med kroniske sykdommer og sammensatte behov gjennom teamorganisering i fastlegepraksiser, og bedre samarbeid med øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Primærhelseteam består av fastlege, sykepleier og helsesekretær. I prosjektet piloteres to ulike finansieringsmodeller, driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen.

Piloten ble startet opp med deltakelse av 13 fastlegekontor i ni kommuner og 85 fastleger. Fem kontor piloterer driftstilskuddsmodellen og åtte honorarmodellen. I et av legekontorene inngår også psykolog i primærhelseteamet.

Effekter av finansieringsmodellene vurderes fortløpende, og det gjøres begrensede tilpasninger innenfor prosjektets mandat slik at finansieringen i størst mulig grad støtter opp under intensjonene i prosjektet. For driftstilskuddsmodellen er det utarbeidet finansieringsløsninger både for LIS1-leger (lege under spesialisering i spesialistutdanningens første del) og nye fastleger med få eller ingen innbyggere på listen (0-liste). Evaluator har levert første statusrapport som er en 0-punktmåling som i hovedsak beskriver deltagende praksiser/kommuner og forventninger til prosjektet.

Innenfor de økonomiske rammene har det vist seg å være rom for å utvide piloten med tre til fem legekontor. Det er samtidig besluttet å forlenge forsøket til 2023. Utvidelsen vil gi en mer robust evaluering. Tre kommuner og legepraksiser deltar samtidig i prosjekt medisinsk avstandsoppfølging, og en av kommunene i pilotprosjekt oppfølgingsteam.

Det er satt i gang et treårig pilotprosjekt for strukturert tverrfaglig oppfølging gjennom etableringen av oppfølgingsteam. Målgruppen for oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. Oppfølgingsteamet er satt sammen av fagpersoner den enkelte bruker/pasient til enhver tid har behov for. Formålet med piloten er at pasient/bruker skal få strukturert og tverrfaglig oppfølging ut fra brukerens/pasientens individuelle behov og som bidrar til mestring og bedre funksjon. Formålet er også å forebygge og/eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester og redusere unødvendige innleggelse i sykehus. Kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer er alle viktige aktører for å få dette til. Pilotens hovedaktiviteter handler om etablering av strukturer og system for tidlig identifisering av personer med risiko og behov for oppfølging, og etablering av oppfølgingsteam som en arbeidsform i alle tjenester. Tydeliggjøring av koordinatorrollen og mer bevisst brukermedvirkning er sentralt. I forbindelse med tidlig identifisering testes det ut et nytt elektronisk verktøy for risikokartlegging, og i

samarbeid med Direktoratet for e-helse ble det i 2018 gjort en anskaffelse av et verktøy. I første omgang skal verktøyet prøves ut hos fastlegene og senere også i sykehus.

Piloten startet 1. september 2018 i seks kommuner. Piloten varer til 31. august 2021 og evalueres gjennom hele pilotperioden. Alle kommunene er godt i gang med å kartlegge utfordringsbilde i egen kommune og forankring av pilot på alle nivå. Piloten berører flere sektorer og nivå, og det er et krevende utviklingsarbeid kommunene er i gang med. For å støtte kommunene i arbeidet, får de prosessveiledning, nettverkssamlinger og opplæring i tillegg til økonomisk tilskudd til prosjektledelse. Fastlegene som prøver ut det nye verktøyet for risikokartlegging og som samarbeider om oppfølging av målgruppen, får et fast årlig tilskudd. Fra høsten 2018 og til høsten 2019 er verktøy for risikokartlegging installert hos 87 fastleger i pilotkommunene. Det er gjennomført informasjons- og samarbeidsmøter om bruk av verktøyet med alle lokalsykehusene som er tilknyttet pilotkommunene.

Det er startet opp en ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging som varer fra 2018 til 2021. I første utprøving rapporterte brukerne bedre oppfølging, trygghet og opplevelse av kontroll med egen helse, mens det var vanskelig å se effekt på forbruk av helsetjenester. I den nye pågående utprøvingen skal avstandsoppfølgingen knyttes sterkere til fastlegenes funksjon og ansvar. I tillegg er det behov for mer kunnskap om organisering av tjenestene og gevinster for aktørene, også for spesialisthelsetjenesten. Utprøvingen skal gi tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å danne grunnlag for nasjonale anbefalinger. Utprøvingen gjennomføres i seks kommuner/kommunesamarbeid i ulike deler av landet; tre prosjekt har kommuner som deltar i pilot med primærhelseteam og tre kommuneprojekt har ordinær fastlegeordning. Prosjektene gjennomføres som en randomisert kontrollert studie. Planleggingsfasen for prosjektene ble gjennomført høsten 2018. I 2019 har samarbeidsprosjektene anskaffet utstyr, inngått forskning- og utviklingsavtaler og startet rekruttering og inklusjon av pasienter til utprøvingen. Målet er å inkludere minimum 600 pasienter, per. juni 2019 var 113 pasienter rekruttert. Programmets virkemidler for å sikre en god utprøving er tilskudd til deltakende kommuner, kompetansenettverk mellom prosjektene, felles informasjonsmaterieell og prosessveiledning knyttet til prosjekt- og endrings-

ledelse, innsiktsarbeid, gevinstrealisering og tjenesteinnovasjon. Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging er en del av nasjonalt velferds- og teknologiprogram. Det vises til omtale under kap. 701, post 21, kap. 740, kap. 761, post 21 og 68 og kap. 769, post 70.

Digitalisering i allmennpraksis er nødvendig for å møte brukernes forventninger om en moderne og tilgjengelig tjeneste. Det er også nødvendig for å skape kvalitet og bærekraft. Det er derfor lagt til rette for økt bruk og riktig bruk av e-konsultasjon bl.a. i takstforhandlingene 2019, og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede og foreslå innretning på utprøving av triageringsverktøy for e-konsultasjon hos fastlege. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Arbeid- og sosialdepartementet, gitt et felles oppdrag til Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, om å utrede bruk av e-konsultasjon ved sykmelding. Utredningen skal etter planen foreligge ved årsskiftet 2019/2020.

I tillegg arbeides det videre med langsiktige tiltak for journal- og samhandlingsløsninger, der allmennlegetjenesten inngår, se omtale kap. 744, post 21.

Oversikten nedenfor viser beløpene tiltak på allmennlegeområdet er foreslått budsjettert med i 2020:

- 55 mill. kroner til pilot primærhelseteam.
- 14 mill. kroner til pilot på legevaktfeltet.
- 8,5 mill. kroner til EPJ-utvikling gjennom EPJ-løftet.
- 50 mill. kroner til tilskuddsordning for å kompensere næringsdrivende fastleger med mange pasienter på listen som krever mye oppfølging.
- 66 mill. kroner til tilskudd til Alis-avtaler. Dette omfatter avtaler finansiert gjennom rekrutteringstilskuddet i 2019 og ved takstforhandlingene 2019.
- 10 mill. kroner til Alis-kontor.
- 32 mill. kroner til øvrige stimulerings tiltak inkludert rekrutteringstilskudd.
- 58 mill. kroner til forskriftskrav om veiledning i spesialisering i allmennmedisin.
- 35 mill. kroner til forskning og kompetanse (AFEene, Nsdm og Nklm).

Totalt foreslås det 328,5 mill. kroner i 2020.

I tillegg foreslås 12,5 mill. kroner til oppfølgingsteam og 22 mill. kroner til avstandsoppfølging. Dette er prosjekter som også bidrar til å utvikle allmennlegetjenesten.

Bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Siden 2012 har bruken av kommunalt døgntilbud økt gradvis. Det ble i 2018 innrapportert om lag 40 372 innleggelser ved kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Det er en økning på ni pst. fra 2017. 398 kommuner rapporterte inn tall i 2018. Analysene viser at bruken av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fortsatt varierer betydelig mellom kommunene.

Bruken varierer med tilbudets lokalisering i for eksempel sykehjem, legevakt eller annet, oppstartsår og hvorvidt kommunen har tilbudet lokalisert i egen kommune eller ikke. Beleggsprosenten var høyest for sykestuene, de største enhetene og for de tilbudene som startet opp først. Helsedirektoratets analyser tyder på at tilbudet blir benyttet som tiltenkt, men indikerer at det fortsatt er rom for økt bruk av tilbudet.

De fleste pasientene som ble innlagt var 67 år eller eldre. Som en følge av at plikten for øyeblikkelig hjelp døgnplasser ble utvidet til å gjelde pasienter med psykisk helse og/eller rusproblemer i 2017, har andelen pasienter i alderen 18–49 år økt.

Helsedirektoratets analyser viser at kommuner med flest innleggelser i kommunalt døgntilbud per innbygger, hadde lavere omfang av medisinske ø-hjelpsinnleggelser i sykehus for eldre over 80 år, enn kommunene med færrest innleggelser i kommunalt døgntilbud per innbygger.

Ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie

God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Som beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen, er det i kommunene behov for personell med høyere og bredere kompetanse enn i dag. På initiativ fra regjeringen skal det derfor etableres en ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Regjeringen har sendt på høring forslag om innføring av spesialistgodkjenning for denne gruppen.

Barn, unge og familier

Et sentralt mål for regjeringen er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet til barn, unge og deres familier, inkludert tilbudet til gravide, og har gjennom flere år satset på å bygge opp et godt lavterskeltilbud i kommunene. Et særlig satsingsområde for regjeringen er arbeidet

mot vold og overgrep. Gjennom å tydeliggjøre ansvar i lov og øke kompetansen, gjøres de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert fastleger og legevakt, bedre i stand til avdekke og bekjempe vold og overgrep.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig tjeneste for gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn og unge 0–20 år. Departementet fastsatte høsten 2018 revidert forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som trådte i kraft 1. november 2018. Regjeringen vurderer å tydeliggjøre i forskriften at tjenesten kan bidra til nødvendig behandling og oppfølging for lettere psykiske og somatiske tilstander, noe som allerede skjer i dag mange steder. Dette vil kunne bidra til et lettere tilgjengelig behandlingstilbud, bedre koordinerte tjenester og mer effektiv ressursbruk.

Barn og unge har høy digital kompetanse, men opplever det som krevende å finne fram til helseinformasjon og vurdere kildene. Det arbeides derfor for å tilrettelegge for kvalitetssikret og relevant informasjon som er lett tilgjengelig for barn og unge. Høy tilgjengelighet er viktig for at barn og unge skal oppsøke hjelpetilbud. Digitale arenaer gir barn og unge mulighet til å bli kjent med hjelpetilbudet på egne premisser, og på et tidspunkt som passer for dem. Gjennom programmet Digitale tjenester til barn og unge (Digi-ung) jobber Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse sammen med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet for å samordne digitale tjenester til barn og unge og videreutvikle digital informasjon og tjenester for ungdommer i alderen 13–20 år. Nettsiden Ung.no er en tjeneste som skal tilby kvalitetssikret informasjon til barn og unge mellom 13 og 20 år på temaer som oppvekst, helse, utdanning, økonomi, lover og rettigheter. Formålet er at barn og unge enkelt skal kunne finne eller få hjelp på ett sted, uavhengig av tematikk. Se omtale på kap. 762, post 21.

Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet jobber for å styrke arbeidet med utsatte barn og unge under 24 år gjennom 0–24 samarbeidet. Satsingen gjelder perioden 2015–2020 og har som mål å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge i alderen 0–24 år for å hindre frafall i grunnopplæringen og senere utenforskap i samfunnet. Gjennom bedre samordnede tjenester skal utsatte barn og unge og familiene deres få tilpasset og tidlig hjelp slik at barna og de unge kan lykkes i skolen, som grunnlag for varig deltakelse i arbeidslivet. Som del av

0–24 samarbeidet har regjeringen i 2019 satt i gang arbeidet med en pilot for programfinansiering, se omtale under kap. 765, post 60. For ytterligere omtale av 0–24 samarbeidet, se Kunnskapsdepartementets budsjett for 2019–2020.

Habilitering og rehabilitering

Regjeringen la fram en treårig opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i Prop. 1 S (2016–2017). 2019 er siste år i opptrappingsplanen. Planen retter seg i hovedsak mot kommunale tjenester og mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Totalt er det bevilget 300 mill. kroner i statlige stimuleringsmidler, slik det ble lagt opp til i 2017. Av dette er 200 mill. kroner bevilget gjennom kommunenes rammetilskudd. Planen inneholder i tillegg et øremerket stimuleringsstilskudd som kommunene har kunnet søke på for å bedre kompetansen og kapasiteten på feltet. Disse midlene vil for 2020 inngå i rammetilskuddet på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett. Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å evaluere tiltakene gitt i opptrappingsplanen.

Fra 1. januar 2020 har kommunene etter § 3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å knytte til seg ergoterapeut og psykolog.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen andre vesentlige endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen primærhelsetjenester. Bevilgningen kan nyttes under post 70.

Pilot primærhelseteam

I 2018 ble pilot med primærhelseteam startet, med 13 fastlegekontor som representerer 85 fastleger og om lag 85 000 listeinnbyggere i ni ulike kommuner. De økonomiske rammene tillater nå en økning i antall legekontor som deltar, og med en forlengelse til 2023.

Det ble bevilget 55 mill. kroner til pilotprosjektet med primærhelseteam i 2019, hvorav 29,7 mill. kroner innenfor rammen på kap. 762, post 63 og 25,3 mill. kroner på kap. 762, post 21. Det vises til omtale under kapittelinnledningen.

Det foreslås bevilget 25,3 mill. kroner til primærhelseteam på posten i 2020. I tillegg dispone-

res 3,5 mill. kroner av midler til medisinsk avstandsoppfølging til dette formålet i piloten.

Pilot oppfølgingsteam

Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam startet opp i 2018 og skal etter planen pågå i seks kommuner i tre år. Piloten følgeevalueres. Det ble i 2019 bevilget til sammen 12,5 mill. kroner til piloten, hvorav 4 mill. kroner på post 21 og 8,5 mill. kroner på post 63. Det foreslås å videreføre denne bevilgningen på samme nivå. For mer informasjon om selve piloten, vises det til kapittelomtalen.

Nasjonale Læringsnettverk for gode pasientforløp

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke og læringsnettverk for gode pasientforløp for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblemer startet opp i 2014–2015, som et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet og KS. I 2015 ble KS tildelt 22 mill. kroner til å videreutvikle og spre modellene. Ved tildelingen av midlene ble det forutsatt at bevilgningen skulle benyttes for perioden 2016 t.o.m. 2019. Det er i tillegg lagt opp til årlige bevilgninger over kap. 762, post 21 og kap. 765, post 21. I 2019 ble det bevilget 4 mill. kroner over kap. 762, post 21, til læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke og 4,1 mill. kroner over statsbudsjettets kap. 765, post 21, til læringsnettverk for gode pasientforløp for voksne med psykisk helse og/eller rusproblemer samt læringsnettverk for barn og unge med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Midlene skulle benyttes i tråd med godkjente prosjektbeskrivelser for perioden som varer ut 2019.

Det vises til omtale i Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, og Stortingets behandling av denne jf. Innst. 43 S (2018–2019). I meldingen foreslås det å videreføre læringsnettverk for gode pasientforløp i perioden 2020–2022. Formålet er å støtte kommunene og helseforetakene i arbeidet med å bedre overgangene i pasientforløpet og sikre brukernes behov helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Se mer i meldingens kapittel 8.5. I tillegg vises det til avtalen mellom regjeringen og KS om gjennomføring av *Leve hele livet 2019–2023*.

Som følge av beslutningen om videreføringen av arbeidet med læringsnettverk, ble det i 2019 tildelt 9,5 mill. kroner over kap. 762, post 21, som en start på finansieringen av videreføring av arbeidet for tre år, fra og med 2020 til og med 2022. I tillegg

tas det sikte på å videreføre de årlige bevilningene over kap. 762 og 765 i samme periode.

Midlene skal benyttes i tråd med prosjektbeskrivelser og budsjett slik de er godkjent av styringsgruppen for læringsnettverk for gode pasientforløp.

Det foreslås å videreføre tilskuddet til læringsnettverk for gode pasientforløp i 2020 med 4 mill. kroner over kap. 762, post 21.

Evaluering av fastlegeordningen

Helsedirektoratet fikk i 2018 i oppdrag å anskaffe en evaluering av fastlegeordningen gjennom en åpen anbudskonkurranse. Helsedirektoratet inngikk avtale med Ernst & Young og Vista Analyse om oppdraget. Direktoratet ble tildelt 4,5 mill. kroner til å ferdigstille tiltaket i 2019.

Folkehelseinstituttet fikk i 2018 oppdrag å gjennomføre en undersøkelse av brukernes erfaringer og deres vurderinger av behandlingen og oppfølgingen de har fått hos sin fastlege. Det ble tildelt 0,5 mill. kroner i 2019 til å ferdigstille oppdraget.

Sluttrapportene forelå 1. september 2019, se omtale under kap. 762.

Seksuell helse

Som en oppfølging av Strategi for seksuell helse ble det bevilget 13,3 mill. kroner i 2019 for å dekke driftsutgifter og anskaffelser i tilknytning til arbeidet med Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Bevilgningen foreslås videreført i 2020.

Digitale tjenester til ungdom

Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet samarbeider om programmet Digi-ung, som skal samordne og videreutvikle digital informasjon og tjenester for ungdommer i alderen 13–20 år.

I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2018–2019), jf. Innst. 11 S (2018–2019), ble det bevilget 11,3 mill. kroner til drift og videreutvikling av helseinformasjonstilbudet på Ung.no og til utvikling og etablering av digitale helsetjenester for ungdom. Ung.no hadde i 2018 34,1 millioner sidevisninger (20 pst. økning fra 2017), 17,1 millioner besøkende (18 pst. økning fra 2017) og 52 500 besvarte spørsmål (ned 7 pst. fra 2017). Spørsmål relatert til kropp, helse og identitet utgjør den største kategorien på om lag 67 pst. Bevilgningen er bl.a. benyttet til å utvikle en ny

søkefunksjon og å forbedre svartjenester og biblioteksarkivet på ung.no. Videre er det gjennomført kartlegging av tilgjengelige e-læringsressurser tilpasset for ungdom og gjennomført ytterligere innsiktsarbeid og utarbeidet forslag til nye digitale funksjonaliteter som kan utvikles for bedre digitale helsetjenester for ungdom. Bevilgningen foreslås videreført for 2020.

Medisinsk avstandsoppfølging

Medisinsk avstandsoppfølging er en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det vises til omtale under kapittelinnledningen. Det ble bevilget til sammen 22 mill. kroner til ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i 2019, 10 mill. kroner på denne posten og 12 mill. kroner på kap. 762, post 63. Det vises til omtale under kap. 740 og kap. 762. Midlene foreslås videreført 2020.

Legevaktfeltet

Som en oppfølging av akuttmedisinforskriften og Akuttutvalgets utredning er Helsedirektoratet tildelt midler til drift og anskaffelser på legevaktfeltet, bl.a. til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det ble bevilget 4 mill. kroner i 2019. Midlene foreslås videreført i 2020. Det vises for øvrig til omtale under post 63.

Pilotprosjekt på legevaktfeltet

Med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Akuttutvalgets NOU 2015: 17 Først og fremst har Helsedirektoratet utredet et pilotprosjekt på legevaktfeltet som kan bidra til å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i framtiden. Drift av prosjektet startet 2. september 2019. Prosjektet skal evalueres. Det ble bevilget 3 mill. kroner til pilotprosjektet på post 21 i 2019. Beløpet foreslås videreført i 2020. Det vises til omtale under kap. 762, post 63 og under innledningen til kap. 762.

Nasjonalt legevaktnummer 116 117

Det ble i 2015 innført et nasjonalt telefonnummer 116 117 til alle kommunale legevaktsentraler. 116 117 er et EU-harmonisert telefonnummer som er gratis å ringe for innbyggerne. Kommunens ansvar for døgnbemannet legevaktsentral og håndtering av henvendelser via et nasjonalt legevaktnummer følger av forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning,

ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften).

Helsedirektoratet opplyser at det var 2,8 millioner henvendelser til legevaktsentralene i 2018. Høsten 2018 kom 54 pst. av alle anrop til legevaktsentral via 116 117, hvorav rundt 85 pst. fra mobiltelefon. Samarbeidet mellom legevaktsentraler er teknisk forenklet ved hjelp av nødnett. Det arbeides med noen tekniske utfordringer i telenettet for å bedre rutingen til riktig legevaktsentral for innbyggerne. Drifts- og samtalekostnader dekkes av staten via Helsedirektoratet. Bevilgningen er 4 mill. kroner i 2019 og foreslås videreført i 2020.

Nasjonal diabetesplan

Nasjonal diabetesplan 2017–2021 ble lagt fram i desember 2017. Den har som mål å forbedre helse- og omsorgstjenestenes arbeid med å forebygge, følge opp og behandle personer med diabetes. Helsedirektoratet har, i samarbeid med Diabetesforbundet, fulgt opp og ferdigstilt flere av tiltakene omtalt i planen, og ytterligere tiltak er under oppfølging.

Våren 2018 mottok departementet en rapport fra Helsedirektoratet (IS-2752) med en utredning av et anbefalt program for regelmessige netthinneundersøkelser for diabetisk retinopati.

Sentralt i det videre arbeidet står implementeringen av tiltaket. Det planlegges en pilotering i Helse Bergen (Haukeland Universitetssjukehus), for deretter evaluering i 2020 og påfølgende implementering nasjonalt.

De fleste av de pågående aktivitetene og tiltakene i 2019 forventes videreført i 2020, enten for slutføring eller som implementering og/eller evaluering. Det foreslås at bevilgningen på 4 mill. kroner til dette arbeidet i 2019, blir videreført i 2020.

Smittevern

Godt smittevern bidrar til bedre pasientsikkerhet og er en forutsetning for å begrense utbrudd og spredning av smittsomme sykdommer i helsetjenesten og samfunnet. Slik er godt smittevern også avgjørende for å håndtere utfordringen med antimikrobiell resistens (AMR). Smittevern både begrenser spredningen av resistente mikrober og forebygger infeksjoner. Dermed reduseres behovet for antibiotikabehandling. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor utarbeidet en nasjonal handlingsplan for et bedre smittevern med det formål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner (2019–2023).

Regjeringen har hatt en mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020. Dette målet vil man kunne nå, men det er viktig å fortsette arbeidet for å opprettholde fokus på antibiotikaresistens også etter 2020. Det er i 2019 foretatt endringer i smittevernloven, og Helsedirektoratet vil arbeide med implementering både av handlingsplanen for et bedre smittevern, handlingsplanen mot antibiotikaresistens og endringene i relevante planverk. Midler over denne posten er bl.a. benyttet til fylkesvise smittevernkongresser for å spre kunnskap. Det foreslås å videreføre midler til Helsedirektoratets arbeid med smittevern i 2020.

Anvendelse av helselovgivningen på Svalbard og Jan Mayen

Det foreslås å bevilge 0,2 mill. kroner til Fylkesmannen i Troms knyttet til beredskapsarbeid og tilsynsvirksomhet på Svalbard og Jan Mayen.

Beslutningsstøttesystem for sykmeldere

Prosjektet med å utvikle et beslutningsstøttesystem for sykmeldere avsluttes i 2019. Systemet består bl.a. av beskrivelser av anbefalt sykmeldingslengde og gradering/arbeidsbelastning for om lag 250 ulike diagnoser, og skal gi faglig støtte til sykmeldere og sikre større forutsigbarhet og likebehandling i sykmeldingsprosessen. Fortsatt gjenstår noe arbeid knyttet til integrasjon med fastlegenes elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ). Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en sluttrapport for prosjektet. Sluttrapporten skal ferdigstilles i oktober 2019. Den vil supplere den eksterne evalueringen som er foretatt av Sintef, og se beslutningsstøttesystemet i sammenheng med andre tilgjengelige verktøy for sykmeldere. Det var bevilget 2 mill. kroner til prosjektet i 2019.

For at verktøyet fortsatt skal kunne være relevant er det nødvendig at det forvaltes og fortløpende oppdateres, både mht. faglig utvikling og regelverksendringer. Det foreslås å videreføre 0,5 mill. kroner til dette arbeidet.

Fylkesmennene

Det er siden 2017 bevilget 4 mill. kroner til fylkesmennene til oppfølging av kommunene i forbindelse med opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Fylkesmennene skal fortsatt bistå og veilede kommunene i utvikling av habilite-

rings- og rehabiliteringstjenesten. Tilskuddet foreslås videreført.

Post 60 Forebyggende helsetjenester

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås ingen andre vesentlige endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Forebygging, avdekking, veiledning og opplæring for å unngå sykdom eller mestre sykdom skjer i stor grad i regi av kommunene. Sentralt i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid er helsestasjons- og skolehelsetjenesten samt ulike frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Finansieringen av forebyggende tjenester over denne posten går i hovedsak til disse tjenestene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har svært høy oppslutning i befolkningen. Ingen annen helsetjeneste når så stor andel av sin målgruppe, og det er bred politisk enighet om tjenestens viktighet. Det er likevel utfordringer. Bl.a. kan tjenesten oppleves som lite tilgjengelig av barn og unge. Mange kommuner, spesielt små, rapporterer om utfordringer med å rekruttere helsesykepleiere. Det har også manglet data om årsverk og sammensetningen av yrkesgrupper i de to deltjenestene. Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå (SSB) har hatt et samarbeid for å utvikle årsverksstatistikk der deltjenestene splittes. Data for deltjenestene ble for første gang gjort tilgjengelige for Helsedirektoratet av SSB i 2018. Når datakvaliteten tilsier det, er det ønskelig at SSB publiserer slike data årlig.

Kostra-tall fra SSB viser at 88 pst. av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk fra helsestasjonen innen to uker etter hjemkomst i 2018. Andelen som har fått hjemmebesøk har økt jevnt siden 2011 da den var 78 pst. I 2017 ble det for første gang publisert tall for tidlig hjemmebesøk. 21 pst. eller 12 066 familier mottok hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter barnets hjemkomst fra føde-/barselavdeling. I 2018 var andelen steget til 34 pst. eller om lag 18 740 familier. 98,8 pst. av nyfødte ble undersøkt ved helsestasjonen innen de var åtte uker gamle i 2018. Andelen barn som fikk gjennomført skolestartundersøkelsen innen utgangen av første skoleår var 81 pst. i 2018, mot 89 pst. i 2011.

Regjeringen har gjennom flere år satsset på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 2019 fikk kommunene 877,4 mill. kroner i frie inntekter

begrunnet i behovet for å styrke tjenesten. For 2020 foreslås det 904,6 mill. kroner.

I 2016 ble det opprettet et øremerket tilskudd for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Til sammen utgjorde tilskuddsordningen Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten 426 mill. kroner i 2019. Av dette var 40 mill. kroner øremerket jordmorkompetanse i kommunene. Øremerket beløp videreføres i 2020. I 2019 ble tilskuddsmidlene i sin helhet fordelt. Det rapporteres for 2019 at midlene brukes etter hensikten, og er i hovedsak brukt til å styrke tjenesten gjennom årsverk. Det var i 2019 totalt 381 søknader på ordningen, fordelt på 292 kommuner. 286 kommuner fikk sine søknader innvilget helt eller delvis, seks fikk avslag. Gjennom vedtaksbrevene til kommunene er drøyt 58 mill. kroner i tilskudd til jordmorstillinger fordelt på 98 kommuner. Innretningen på tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal gjennomgås i 2020. Departementet vil bl.a. vurdere om midlene kan innrettes slik at de i større grad kan benyttes til utvikling og drift av digitale tjenester til barn og unge.

Det foreslås at 4 mill. kroner av tilskuddet omdisponeres til eget tilskudd til helsefremmende og forebyggende tjenester i områdesatsinger utenfor Oslo. Tilskuddsordningen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, områdesatsing i Oslo indre øst, foreslås omgjort til tilskudd til helsefremmende og forebyggende tjenester i områdesatsning i Oslo. Bevilgningen videreføres. Det vises til omtale på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 590 Planlegging og byutvikling.

Kostra-tall fra SSB viser en betydelig årsverksutvikling i tjenesten etter 2013. Fra 2013–2017 økte antall årsverk totalt med 975. Tall fra juni 2019 viser en økning på ytterligere 371 årsverk i tjenesten fra 2017–2018. Økningen omfatter bl.a. jordmorkompetanse. Fra 2013–2017 økte antall jordmorårsverk med 46,2 pst., fra 279 til 408 årsverk. SSB-tall fra 2019 viser at utviklingen fortsetter med en økning på ytterligere 56 årsverk i 2018. Tallene for 2018 er ikke direkte sammenliknbare med tall for tidligere år pga. endring i registrering.

Som en oppfølging av Stortingets anmodningsvedtak nr. 748 (2017–2018) ble Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2019 gitt i oppdrag å vurdere finansieringen av tjenester ytt av jordmor til gravide og barselkvinner i kommunene og sammenlikne denne med finansiering av tjenester til samme målgruppe ytt av andre yrkesgrupper som lege og helsesykepleier. Politiske føringer er knyttet til hvor-

dan det kan bli mer attraktivt for kommuner å knytte til seg jordmødre/jordmorkompetanse. I sitt svar på oppdraget av 28. juni har direktoratet fokusert på i hvilken grad finansiering er et viktig virkemiddel for å få flere jordmødre i kommunene og om det er behov for andre typer virkemidler.

Helsedirektoratet skisserer tre mulige modeller for framtidig finansiering av kommunale tjenester som ytes av jordmor som eventuelt kan utvikles videre og konkretiseres. Alle modellene anses å ha økonomiske og administrative konsekvenser. Hvilken modell som vil være mest hensiktsmessig, vil avhenge av hva man ønsker å oppnå. Direktoratet vurderer samtidig at utfordringer knyttet til kapasitet i jordmorkompetanse ikke alene kan løses gjennom ny eller endret finansiering, men må vurderes sammen med andre tiltak. Departementet viser til den positive utviklingen i antall jordmørårsverk, og vil arbeide videre med å bedre jordmorkapasiteten, bl.a. i lys av de midlene som allerede avsettes til dette formålet, jf. omtale over.

Tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngår i Kompetanseløft 2020. Til sammen foreslås det 430,5 mill. kroner til styrking av helsefremmende og forebyggende tjenester for barn og unge over denne posten i 2020.

Regjeringen har lagt til rette for at tittelen helsesøster nå er erstattet av den kjønnsnøytrale tittelen helsesykepleier.

Helsedirektoratet har også hatt i oppdrag å vurdere spørsmålet om å innføre takst for jordmor som utfører hjemmebesøk til mor og barn etter fødsel, jf. behandlingen av Prop. 1 S (2018–2019), jf. Innst. 11 S (2018–2019). Helsedirektoratet har utredet spørsmålet samt alternative kostnader knyttet til takst(er) for tidlig hjemmebesøk, men anbefaler at det tas et retningsvalg om framtidig finansiering av tjenester som ytes av jordmor før det tas stilling til om det skal innføres en slik takst.

Anmodningsvedtak

Informasjon om alkohol til gravide

Vedtak nr. 42, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle gravide får god informasjon om skaden alkoholinntak under svangerskap kan påføre barnet, herunder sikre at absolutt alle gravide informeres om dette på svangerskapskontroll.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 8:141 S (2017–2018) om en offensiv og

solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet i juni 2018 publiserte revidert Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (IS-2660). Retningslinjen er utarbeidet for alt helsepersonell i svangerskapsomsorgen og for gravide og deres familie. En sterk anbefaling i retningslinjen er at helsepersonell bør ha en samtale med gravide om bruk av alkohol, illegale rusmidler og vanedannende legemidler ved første konsultasjon. Sammenliknet med tidligere retningslinje har retningslinjen større oppmerksomhet på levevaner hos gravide. På denne bakgrunn er det også ønskelig at gravide kommer tidlig til første konsultasjon; det anbefales rundt én uke etter at de har tatt kontakt. Ved bruk av rusmidler bør den gravide bli tilbudt tilrettelagt hjelp til å slutte.

Helsestasjoner og bekymringsmeldinger

Vedtak nr. 620, 25. april 2017

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for at i tilfeller der foresatte ikke deltar på kontroll/hjemmebesøk av barn, og der helsestasjonen aktivt har forsøkt å få kontakt med familien, skal helsestasjonene melde bekymring til barnevernet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

Vedtaket følges opp ved at det i helselovene og forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten er foretatt en tydeliggjøring av ansvaret for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester, samt endringer i bestemmelser om opplysningsplikt til barnevernet. Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten gir en sterk anbefaling om hvordan helsestasjonen i praksis bør følge opp dette, bl.a. med at å ha rutiner for å følge opp foreldre og barn som uteblir fra helsekonsultasjoner og foreldre som avbestiller eller endrer avtalte timer gjentatte ganger. I retningslinjene gis det eksempler på tiltak. Bekymringsmelding kan etter en individuell vurdering, bli konsekvens av ikke å melde. Helsepersonell kan etter en individuell vurdering informere foreldrene om at det kan bli aktuelt å sende bekymringsmelding til barnevernet hvis de ikke sørger for at barnet kommer til konsultasjoner.

Graviditet og vold

Vedtak nr. 600, 25. april 2017

«Stortinget ber regjeringen sikre rutiner slik at alle gravide blir spurt om de blir utsatt for vold, og at vold er tema på kontaktpunktene mellom nybakte foreldre og helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), jf. Innst. 247 S (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet i juni 2018 publiserte revidert Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (IS-2660). Departementet vil presisere at Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold fra 2014 er innlemmet i den reviderte retningslinjen kap. 7. I retningslinjen anbefales at vold tas opp så tidlig som mulig i svangerskapet og at kvinnen bør spørres flere ganger gjennom svangerskapet ved tilstander assosiert med vold i nære relasjoner. Det anbefales også å informere om at minst én konsultasjon i svangerskapet settes av til kvinnen alene. Spørsmål om, og avdekking av, vold skal dokumenteres i pasientens journal. Det er presisert i ny forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som trådte i kraft 1. november 2018, at helsestasjonens tilbud skal inneholde tilbud om hjemmebesøk til mor etter fødsel og hjemmebesøk til nyfødte. I tillegg har Helsedirektoratet et samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet om tiltak på området.

Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Mange trenger veiledning for å endre levevaner og lære å leve med sykdom og kroniske plager. Det er etablert en tilskuddsordning til etablering og utvikling av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene. Formålet med ordningen er å stimulere til utvikling av kommunale helse- og omsorgstilbud som støtter opp under og realiserer målene i samhandlingsreformen, NCD-strategien, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn. Målgruppen for frisklivstilbud er personer med kronisk sykdom eller sammensatte helseplager som står i fare for eller er i ferd med å utvikle sykdom. Stadig flere kommuner velger å etablere frisklivssentral. Per 31. desember 2018 hadde 270 kommuner frisklivssentral. Enkelte kommuner har inngått interkommunalt

samarbeid om slike og andre kommuner har etablert frisklivstilbud uten å ha egen sentral. Det er de minste kommunene som ikke har frisklivssentral. Ressurstilgangen har med årene blitt styrket i de etablerte sentralene og sentralene tilbyr et bredt utvalg kurs for ulike målgrupper. Det er ønskelig at alle kommuner har tilbud om hjelp, ikke bare til å endre levevaner, men også til å mestre livet med sykdom. Disse leve-med tilbudene er ikke et alternativ til, men bør komme i tillegg til de diagnosespesifikke opplæringstilbudene i spesialisthelsetjenesten. I disse tilbudene må kommunene spille på lag med brukerorganisasjonene og andre. Tilskuddsordningen har vært forvaltet av Fylkesmannen, men vil fra 2020 bli ivaretatt av fylkeskommunen. Overføring av forvaltningsoppgaven til fylkeskommunen medfører ingen øvrige endring i Fylkesmannens ansvar, rolle og øvrige oppgaver når det gjelder kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Det foreslås videreføring av 18 mill. kroner til ordningen.

Nasjonalt forsøk innen rehabilitering

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 11 S (2016–2017), ble det for 2017, 2018 og 2019 bevilget 5 mill. kroner til et nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering i regi av Helsehuset i Askim. Det er syv kommuner i Indre Østfold som inngår i prosjektet. Fem av kommunene etablerer nye Indre Østfold kommune fra 2020, og prosjektet arbeider fram mot dette. Tiltakene skal bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene i samsvar med de politiske målene om større ansvar til kommunene. Utprøvingen skal bidra til å realisere faglige krav og anbefalinger nedfelt i Helsedirektoratets veileder for området. Å utvikle sammenhengende, koordinerte og helhetlige forløp i samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer ut fra den enkeltes behov inngår i prosjektet. Prosjektet ser positive effekter av utprøving av tverrfaglig vurderingsteam. Teamet sikrer tidlig avklaring av behov for rehabilitering og rask oppstart av tiltak. Det er også gode erfaringer med bruk av ulike former for teknologi som understøtter rehabiliteringstiltak og arbeidsprosesser. I 2019 ble det etablert senger for intensiv kommunal rehabilitering lokalisert til Helsehuset Askim. Det arbeides videre med å tydeliggjøre vurderingsteamets rolle opp mot øvrige tjenester, kompetanseheving samt å få på plass gode strukturer for de lovpålagte koordineringsfunksjonene individuell plan (IP), koordinator og koordinerende enhet. En følgeevaluering skal sikre at kunnskap og erfaringer som

har overføringsverdi blir dokumentert. Bevilgningen foreslås videreført med 5 mill. kroner i 2020.

Post 61 Fengselshelsetjeneste

Det foreslås å redusere bevilgningen med 3,3 mill. kroner knyttet til nedleggelse av overkapasitet av fengselsplasser med lavere sikkerhet.

Det går fram av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., at i kommuner hvor det ligger fengsler, skal kommunene ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte. Fylkeskommunene skal tilby tannhelsetjenester til innsatte etter Rundskriv IK28/89. De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel.

Tilskuddsordningen skal bidra til at kommunene og fylkeskommunene yter nødvendige helse- og omsorgstjenester til innsatte. Kommunene og fylkeskommunene må selv vurdere behov for å bevilge midler ut over det årlige tilskuddet, for å ivareta sitt sørge-for ansvar. Kommunene og fylkeskommunene står fritt til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres, men Helsedirektoratet anbefaler at helsepersonell er til stede i fengselet til faste tider.

Det foreslås 176 684 mill. kroner til tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsler for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i 2020. Videre foreslås det 4,5 mill. kroner til å videreføre ordningen med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).

Av bevilgningen foreslås det å videreføre 15 mill. kroner i 2020 som en del av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Midlene skal bidra til at kommunene kan gi et nødvendig tjenestetilbud til innsatte personer med rusproblemer og psykiske lidelser, og legges til den samlede rammen for tilskudd til kommuner for å tilby helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Fengselshelsetjenesten må bidra til at arbeidet med individuell plan (IP) for innsatte med behov for langvarige og koordinerte tjenester, igangsettes før løslatelse, jf. veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

For 2018 ble det gitt i tilskudd 147,3 mill. kroner til kommuner med fengsel og 18,9 mill. kroner til fylkeskommunene.

Per 1. januar 2019 hadde kriminalomsorgen en ordinær kapasitet på 3885 soningsplasser fordelt på 37 fengsler i Norge, derav 2500 plasser på høyt sikkerhetsnivå og 1385 plasser på lavere sikkerhetsnivå.

Regelverket for fordelingen av tilskuddsmidler til kommuner med fengsel ble endret fra 2017. Midlene skal nå fordeles på grunnlag av kvantifiserbare fordelingskriterier ut fra antall og type soningsplasser. Overgang til ny fordeling av midlene ble gjort over en periode på tre år fra 2017–2019. Fra 2018 er også midler til tannhelsetjenester tildelt etter kvantifiserbare kriterier. Overgangsperioden er på to år.

Fra 2020 foreslås en ytterligere forenkling slik at kommuner og fylkeskommuner ikke lenger trenger å søke om midler, men at Helsedirektoratet tildeler tilskuddsbeløpet etter antall plasser og type soning to ganger årlig.

For å motvirke innsattes levekårsutfordringer og bedre samordningen mellom kriminalomsorgen, ulike forvaltningssamarbeidspartnere og kommuner har regjeringen lagt fram en Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021. Tiltakene i strategien dreier seg primært om å tette glippsone mellom løslatelse fra fengsel og overgangen til sivilsamfunnet. Dette vil være viktige bidrag til å skape større trygghet i hverdagen og et mer inkluderende samfunn. Tiltakene i strategien skal bl.a. følges opp gjennom et fast tverrdepartementalt tilbakeføringsutvalg i samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Det vises til omtale av strategien i Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 er det en plikt å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer. Samarbeidsavtaler skal bidra til at pasienter/brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder for rus, somatisk og psykisk helse.

Post 63 Allmennlegetjenester

- Det foreslås bevilget 27,6 mill. kroner til 100 flere avtaler om spesialisering i allmennmedisin (Alis-avtaler) og fem Alis-kontor for å bistå kommuner i regionen med å inngå og følge opp Alis-avtaler.
- Posten foreslås styrket med 78,4 mill. kroner, avtalt i takstforhandlingene med Legeforeningen i 2019, til ytterligere 100 Alis-avtaler og tilskudd til fastleger med stor andel pasienter på listen som krever mye oppfølging.

- Det foreslås å flytte 0,685 mill. kroner knyttet til pilotprosjekt på legevaktfeltet fra kap. 762, post 63 til kap. 2752, post 70 og kap. 2755, post 70.

Det blir høsten 2019 etablert en ny tilskuddsordning på 50 mill. kroner til næringsdrivende fastleger med mange pasienter på listen som krever mye oppfølging.

Rekruttering av fastleger

Det samlede tilskuddet til rekruttering i 2018 var på 23,9 mill. kroner. Midlene kunne benyttes til etablering av nye fastlegeavtaler med få/ingen innbyggere på listene (inntil 200 000 kroner i etableringstilskudd), til tilrettelegging for spesialistutdanning i kommunene, eller andre kompetansehevende tiltak i allmennlegetjenesten. Midlene ble fordelt på 55 kommuner.

I 2019 ble tilskuddet økt til 63,9 mill. kroner. Formålet med tilskuddet var å øke antall fastleger, redusere antall ledige fastlegeavtaler og økt stabilitet. Målgruppe for tilskuddet var kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglete stabilitet i allmennlegetjenesten. Midlene ble fordelt i tråd med regelverk for tilskuddet, som var fastsatt etter dialog med trepartssamarbeidet. Rekrutteringsmidlene kunne benyttes til tre ulike tiltak i kommunene:

- etableringstilskudd på inntil 300 000 kroner ved inngåelse av fastlegeavtale.
- tilskudd til Alis-avtaler (tidligere kalt utdanningsstillinger) på inntil 240 000 kroner i de tilfeller rekruttering til fastlegeavtale med spesialisering betinger særlig tilrettelegging ut over de krav til veiledning som framgår av forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). I tillegg forutsettes det at kommunen står for minst 20 pst. medfinansiering.
- tilskudd til andre tiltak som kan bidra til stabilitet blant allmennleger.

I 2019 fikk litt over 100 kommuner tilsagn om midler fra rekrutteringstilskuddet.

Departementet la til grunn ved tildeling av midler at det var økonomisk rom for å gi tilsagn om inntil 75 Alis-avtaler. Ved tildelingen ble det valgt å prioritere søknader fra mindre kommuner i distriktene. Slike Alis-avtaler kan inngås med fastleger både i selvstendig næring og med fast lønn. Et overveiende flertall av søknadene fra kommuner var basert på fast lønn.

Tilskudd til rekruttering av fastleger foreslås videreført i 2020. Etter dialog med trepartssamarbeidet vil Helse- og omsorgsdepartementet fastsette vilkår for fordeling av tilskuddsmidlene.

Som resultat av forhandlingene med legeföreningen i 2019 er det i tillegg til rekrutteringstilskuddet beskrevet over, avsatt midler til en egen tilskuddsordning på 60 mill. kroner som skal tilrettelegge for at selvstendige næringsdrivende fastleger i kommuner med rekrutteringsutfordringer spesialisere seg. Halvparten av disse midlene skal tildeles høsten 2019.

Pilot primærhelseteam

I 2018 ble piloten med primærhelseteam startet, fordelt på 13 fastlegekontor som representerer 85 fastleger og om lag 85 000 listeinnbyggere i ni ulike kommuner.

Det ble bevilget 55 mill. kroner til pilotprosjektet med primærhelseteam i 2019, hvorav 29,7 mill. kroner innenfor rammen på kap. 762, post 63 og 25,3 mill. kroner på kap. 762, post 21. Det vises til omtale under kapittelinnledningen.

Leger som deltar med driftstilskuddsmodellen får tilskudd fra denne posten i stedet for refusjoner fra kap. 2755, post 70. Det ble derfor i 2019 i tillegg flyttet 22,2 mill. kroner fra kap. 2755, post 70. Det foreslås bevilget totalt 51,9 mill. kroner til pilot primærhelseteam på posten i 2019.

Pilot oppfølgingsteam

Piloten startet opp høsten 2018 og skal pågå i tre år. Det ble i 2019 bevilget til sammen 12,5 mill. kroner til piloten, hvorav 8,5 mill. kroner over denne posten og 4 mill. kroner over post 21. Det foreslås å videreføre samme bevilgning og fordeling mellom postene i 2020.

Spesialistutdanning i allmennmedisin og Alis-prosjekter

1. mars 2019 trådte nye bestemmelser om spesialistutdanning for leger i kraft, jf. forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger. Der stilles det krav om hvor mange timer veiledning kommunen minimum skal tilby den enkelte lege som er under spesialisering i allmennmedisin.

I 2019 ble det bevilget 46 mill. kroner som tilskudd til kommunene. Dette skal kompensere for kravet om veiledning og for- og etterarbeid for veileder. Midlene er utlyst av Helsedirektoratet.

Det ble høsten 2016 bevilget 5 mill. kroner til et nytt prosjekt med utdanningsstillinger i allmennmedisin, Alis-Vest-prosjektet, jf. Prop. 26 S (2016–2017). Begrepet utdanningsstillinger har blitt brukt, både av Alis-Vest-prosjektet og Stortinget bl.a. i anmodningsvedtak nr. 466, 13. februar 2018. Alis-avtaler er et mer treffende begrep. Alis er forkortelse for allmennleger i spesialisering, og avtalene som inngås kan gjelde både ansatte og næringsdrivende fastleger. Alis-avtaler er avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilt tilrettelegging under spesialisering som går ut over og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften.

Alis-Vest-prosjektet er forankret i Bergen kommune og omfatter kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane. Prosjektet har som mål å rekruttere/utdanne spesialister i allmennmedisin til arbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom å opprette fastlønte stillinger. Prosjektet startet 1. september 2017. Det var opprinnelig avsatt 5 mill. kroner til formålet i 2017. Ved Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017), jf. Innst. 401 S (2016–2017), ble det bevilget ytterligere 5 mill. kroner til prosjektet. Det ble bevilget totalt 15 mill. kroner til prosjektet på posten i 2016 og 2017. Prosjektet har en planlagt varighet på fem år, tilsvarende normert utdanningsløp for spesialisering i allmennmedisin. Interessen for prosjektet har vært svært stor. Høsten 2018 deltok 15 leger i prosjektet. Det er etablert følgeforskning for å generere kunnskap om Alis-Vest-modellens virkning knyttet til to delmål: 1) kvalitetssikret spesialistutdanning og 2) rekruttering og stabilisering av fastleger. Evaluering etter ett års drift i 2018 viste at den tryggheten som følger med fast inntekt og rammer for arbeidstid, som sikrer fritid og et sosialt liv, er svært viktig for allmennlegene i spesialisering. Det samme gjelder den faglige tryggheten som gis gjennom strukturerte spesialiseringsløp med god veiledning. Rekrutteringen til ordningen er svært god. Det ble tildelt ytterligere 7 mill. kroner til Alis-Vest-prosjektet i desember 2018 til forlengelse av prosjektperioden i 2020 og 2021. Prosjektet ble inkludert i Kompetanseløft 2020 i 2019.

Alis-Nord er et prosjekt for utprøving av Alis-avtaler i Nord-Norge forankret i Bodø kommune. Prosjektet skal prøve ut både fastlønte stillinger og avtaler i privat næringsdrift. Prosjektet bygger på erfaringer fra andre ordninger med Alis-avtaler. Mange kommuner i Nord-Norge har over lang tid hatt rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer. Det ble i 2018 tildelt 15,6 mill. kroner til Alis-Nord som skal benyttes til del-finansiering av prosjektet

både i 2019 og 2020. Prosjektet har som mål å rekruttere til sammen 32 Alis-leger innen de fire helseforetaksområdene i Nord-Norge. Det er stor interesse i kommunene for deltakelse i prosjektet. Innen fristen 1. april 2019 mottok prosjektet søknader fra 45 kommuner. Det er lagt opp til oppstart i Alis-avtaler i løpet av sommeren 2019. Prosjektet arbeider med å utvikle et administrativt fellesskap blant deltakende kommuner, og det er dialog med de fire helseforetakene om nødvendig tjeneste for Alis i spesialisthelsetjenesten i siste del av utdanningsløpet.

For øvrige stimuleringsiltak knyttet til allmennlegetjenesten vises til omtale under post 70.

Det foreslås totalt 58,1 mill. kroner til dekning av kommunenes utgifter i forbindelse med ikrafttredelse av revidert forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger, hvorav 6 mill. kroner foreslås bevilget over kap. 783, post 61.

Lønnstilskudd til å gjennomføre utdanning innen avansert klinisk sykepleie

Videreutdanning i avansert klinisk sykepleie er et sentralt satsingsområde i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Formålet med lønnstilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie som ivaretar behov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet forvalter ordningen. Målgruppen er sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. De som søker må ha minst to års relevant yrkeserfaring. Utdanningen må omfatte veiledet klinisk praksis, som retter seg mot funksjonen som avansert klinisk sykepleier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020.

I 2019 ble det bevilget 10 mill. kroner i tilskudd. Per juli 2019 er det innvilget søknader for om lag 6,7 mill. kroner. Det er gitt tilskudd til 93 kandidater fordelt på om lag 40 kommuner. Bevilgningen foreslås videreført i 2020.

Legevaktjenesten, herunder pilotprosjekt

Legevakt utgjør et viktig ledd i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. I forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) stilles bl.a. krav til kompetanse, svartider og samhandling mellom kommunene og de regionale helseforetakene. På

legevaktområdet stilles krav til grunnkompetanse for lege som skal kunne ha selvstendig legevakt uten bakvakt, og krav til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i legevakt.

Ved fastsettelsen av akuttmedisinforskriften i 2015 ble det fastsatt tre års overgangsordning fram til 1. mai 2018 for kravet til grunnkompetanse for lege i vakt. Helsedirektoratet ble gitt i oppdrag, i dialog med KS, å følge med på i hvilken grad kommunene etterlevde bestemmelsene i akuttmedisinforskriften, spesielt med tanke på kompetanse- og personellutviklingen i tjenesten. Bakgrunnen for oppdraget var bekymringer fra kommunesektoren under høringen for om kommunene ville klare å innfri kompetansekravet. Helsedirektoratet anbefalte i evalueringsrapporten fra januar 2018 å gjennomgå akuttmedisinforskriften på nytt og spesielt vurdere kravet til bakvakt med utrykningsplikt for lege som ikke oppfyller kompetansekravene. I påvente av en slik gjennomgang, anbefalte Helsedirektoratet å forlenge overgangsordningen for kravet til grunnkompetanse for lege som kan ha selvstendig vakt. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet derfor å forlenge overgangsordningen for krav til grunnkompetanse for lege fram til 1. januar 2020 uten forutgående høring ettersom en høring ikke ville være praktisk gjennomførbar før den daværende overgangsordningens utløp 1. mai. Det vises også til Stortingets vedtak nr. 620 og 621 om akuttmedisinforskriften i april 2018. Se omtale av gjennomgang av akuttmedisinforskriften i 2019 under kapittelinnledningen.

Det har vært utlyst tilskudd til oppfølging av akuttmedisinforskriften som kommunene kan søke på. Helsedirektoratet rapporterer at det er utbetalt rundt 18 mill. kroner til tilskudd knyttet til oppfølging av akuttmedisinforskriften i 2018, hvorav om lag 15 mill. kroner til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering, om lag 2,3 mill. kroner til kompensasjon for merutgifter til bakvakt (midler kun gitt fram til 1. mai 2018) og om lag 0,5 mill. kroner for å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktsentraler. Helsedirektoratet rapporterer at det per juni 2019 er 5870 leger og annet helsepersonell som har gjennomført nettkurs i akuttmedisin og 2347 som har gjennomgått nettkurs i volds- og overgrepshåndtering. Nettkurset i akuttmedisin er en forutsetning for å kunne ta hovedkurset (klinisk del) i akuttmedisin. Det er 31 lokale kursarrangører som per juni 2019 tilbyr det kliniske kurset. Det har derfor fra 2018 vært mindre behov for å dekke kostnader i kommunene til reise- og opp-

holdsutgifter i forbindelse med kurs. Det er beregnet at inntil 10 000 personer skal ha gjennomført disse kursene innen 1. mai 2021 da overgangsordningen for krav til kurs utgår. Det ble tildelt 16,4 mill. kroner til oppfølging av akuttmedisinforskriften i 2019 for å dekke kommunenes utgifter til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering og til å styrke kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktsentraler. Det foreslås videreført tilskudd også i 2020. Tiltaket kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og annet helsepersonell i vakt inngår i Kompetanseløft 2020.

Det ble bevilget totalt 15 mill. kroner til pilotprosjekt på legevaktfeltet på kap. 762, post 63 i 2019, hvorav 8 mill. kroner ved besparelse på tilskudd til bakvakt i legevakt i 2018 som skal finansiere utvidelse av prosjektet fra ett til to distrikter i 2018 og 2019. Helsedirektoratet rapporterer for 2018 at prosjektet ble tildelt Sogn og Fjordane ved Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt og Romsdalsregionen legevaktsamarbeid ved Molde kommune. Det er stor planleggingsaktivitet i til sammen rundt 30 deltakerkommuner, og oppstart av drift fant sted 2. september 2019 i Balestrand i Sogn og Fjordane. Blant forberedelser som gjøres kan nevnes opplæring av sykepleiere som skal arbeide i legevaktsatellitter (nivå tre) og bestilling og testing av teknisk utstyr. I tilknytning til følgeevaluering av prosjektet er det bl.a. igangsatt en brukerundersøkelse og innsamling av lokale data. Det foreslås bevilget 11 mill. kroner på posten i 2020. Det vises for øvrig til omtale under kap. 762, post 21 og innledningen til kap. 762.

Ved Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015–2016), jf. Innst. 400 S (2015–2016), ble det bevilget 1 mill. kroner til pilotprosjekt forankret ved Valdres lokalmedisinske senter (LMS). Midlene ble videreført i 2017 sammen med ytterligere 1 mill. kroner gjennom budsjettbehandlingen (jf. Innst. 11 S (2016–2017)), totalt 2 mill. kroner. Målet er å styrke samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden. Oppdraget ble gitt Helsedirektoratet i 2016. Prosjektet startet opp 1. januar 2018 og skal deretter evalueres. Det består av to hovedelementer; 1) styrke kompetansen hos legevaktleger/regionens fastleger og medarbeidere på legevakten inkludert samtrening der også ambulansetjenesten deltar – KommuneBEST Valdres (BEST – Bedre og Systematisk Teamtrening) og 2) en prøveordning med tilstedeværende akuttlege/anestesilege ved Valdres LMS. Det ble videreført 2 mill. kroner til pilotprosjektet i 2018 og 1 mill. kroner i 2019 til avslutning og evaluering av prosjektet. Prosjektet viser svært gode resultater, og Valdres LMS har selv tatt

initiativ til forlengelse ut 2019. En midtveiseevaluering per 31. desember 2018 etter ett års drift viser bl.a. at et utvidet samarbeid mellom Valdres LMS og Sykehuset Innlandet om bruk av anestesilege i LMS har ført til at færre pasienter innlegges i sykehus, og spares dermed for lange reiser, og at flere kan skrives ut tidligere. Anestesileger i beredskap har bidratt til at flere oppgaver kan løses lokalt, og til å opprettholde beredskapen i ambulansetjenesten. Temakvelder og samtrenning lokalt involverer fastleger, sykepleiere, jordmødre og ambulansesarbeidere. Deltakerne har meldt tilbake om stort læringsutbytte og om at de opplever større trygghet i akutte situasjoner.

Medisinsk avstandsoppfølging

Medisinsk avstandsoppfølging er en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det vises til omtale under kapittelinnledningen. Det ble bevilget til sammen 22 mill. kroner til ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i 2019, 12 mill. kroner på denne posten og 10 mill. kroner på kap. 762, post 21. Det vises til omtale på under kap. 740 og kap. 762. Midlene foreslås videreført 2020.

Anmodningsvedtak

Bakvakt og akuttmedisinfor skriften

Vedtak nr. 620, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen endre akuttmedisinfor skriften § 7 slik at det ikke settes et generelt krav til bakvakt med utrykningsplikt.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 129 S (2017–2018) om å endre akuttmedisinfor skriftens krav til bakvakt i legevakt, jf. Innst. 218 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom en helhetlig gjennomgang av akuttmedisinfor skriften. Et forslag til endringer i akuttmedisinfor skriften, der det bl.a. foreslås å endre kravet til bakvakt slik at det ikke stilles et generelt krav til utrykningsplikt for bakvakten, ble sendt på høring 23. august 2019.

Bakvakt og vaktkompetanse

Vedtak nr. 621, 19. april 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at alle legevakter har en ordning der bakvakt med lokalkunnskap og selvstendig vaktkompetanse er tilgjenge-

lig på telefon for leger uten selvstendig vaktkompetanse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Representantforslag 129 S (2017–2018) om å endre akuttmedisinfor skriftens krav til bakvakt i legevakt, jf. Innst. 218 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom en helhetlig gjennomgang av akuttmedisinfor skriften.

Post 64 Opptrappingsplan habilitering og rehabilitering

- Det foreslås å flytte 87 mill. kroner fra kap. 762, post 64 til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, knyttet til opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det vises til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 571, post 60.

2019 er siste år i planperioden for opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Det øremerkede stimuleringsstilskuddet til kommunene er foreslått overført til kommunenes rammetilskudd fra 2020. Det vises til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett kap. 571, post 60. 4 mill. kroner foreslås til evaluering av opptrappingsplanen.

Post 70 Tilskudd

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen andre vesentlige endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Bevilgningen dekker tilskudd knyttet til formålet for kapittelet.

Samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkning og til at tjenestene er kunnskapsbaserte. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Det er behov for oppdatert kunnskap om den samiske befolkningens helse og bruk av helse- og omsorgstjenester. Bevilgningen dekker tilskudd til Senter for samisk helseforskning. Senterets hovedoppgave er å drive forskning med fokus på helse og livsstil i den samiske befolkningen. Senteret gjennomførte en større befolkningsundersøkelse i kommuner med samisk befolkning i 2003–2004 kalt SAMINOR 1. Undersøkelsen ble gjentatt i de tre nordligste fylker i 2012–2014 kalt SAMINOR 2.

SAMINOR-studien har påvist helseutfordringer i den samiske befolkningen, men de to tidligere studiene har inkludert for få geografiske områder til at resultatene kan generaliseres. Det må derfor gjøres en større SAMINOR-studie hvor både nord-, lule- og sørsamiske områder inkluderes. Senteret har et bredt internasjonalt samarbeid. Det planlegges en større studie, SAMINOR 3 i 2021–2022 hvor senteret også har et bredt internasjonalt samarbeid. Bevilgningen videreføres med 6,2 mill. kroner.

Forskning på kiropraktikk

Det er behov for å opprettholde forskningsaktiviteten innen muskel- og skjelettsykdommer på kiropraktikk. Norsk kiropraktorforbund har etablert en forskningsstiftelse som i nært samarbeid med Universitetet i Stavanger bidrar til opprettelse av forskningsaktivitet på feltet. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til formålet i 2020.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Per 1. januar 2019 var det i overkant av 900 000 personer i Norge som enten har innvandret selv (765 108) eller som er født i Norge med to innvandrerforeldre (179 294). Til sammen utgjør disse gruppene om lag 17 pst. av Norges befolkning. Innvandreres helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer, etter landbakgrunn og etter årsak til innvandring. Det er helseutfordringer i enkelte innvandrergrupper. Det skal ytes likeverdige helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal tilpasses den enkelte, slik at tilgangen til og kvaliteten på tjenestene blir like god uavhengig av brukerens norskkunnskaper, kulturelle tilhørighet og sosioøkonomisk bakgrunn. Fra 2019 er tidligere Nasjonalt kompetansesenter for migrasjon og minoritetshelse (Nakmi) innlemmet i Folkehelseinstituttet hvor det nå er etablert en enhet for migrasjonshelse. Enheten samarbeider med relevante instanser og bidrar til å utvikle og formidle kunnskap om helse- og helseutfordringer for flyktninger og innvandrerbefolkningen. I 2018 la regjeringen fram en strategi Integrering gjennom kunnskap (2019–2022). Formålet med strategien er å øke deltakelsen for innvandrere i arbeids- og samfunnsliv gjennom en samordnet innsats. Innvandrere skal i større grad bli en del av store og små fellesskap i det norske samfunnet. Arbeidet innebærer innsats i flere sektorer og gjelder flere departementers ansvarsområde. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til forvaltning av Helsedi-

rektoratets fagråd for likeverdige helse- og omsorgstjenester til innvandrerbefolkningen (Sohemi) i 2020.

Forskning og fagutvikling i allmennelegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til fag-/kompetanseutvikling og forskning, bl.a. hos leger, i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig i distriktskommuner. Det gis tilskudd forvaltet av fylkesmannen i noen utsatte fylker og til forsknings- og kompetansesentre bl.a. på legevaktfeltet.

Det er etablert fire allmennelegetjenestene forskningsenheter (AFE). Formålet er å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennelegetjeneste og derigjennom kvaliteten på allmennelegetjenestene.

For 2019 ble det bevilget 16,5 mill. kroner til forskningsenhetene, hvorav 4 mill. kroner til forskning med spesielt fokus på tjenester til brukere med sammensatte behov, herunder mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige. Forskningsenhetene er viktige aktører i oppfølgingen av Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg – et kunnskapsystem for bedre folkehelse (ett av satsningsområdene i strategien er et kunnskapsløft for kommunene. Enhetene samarbeider tett om tiltak på nasjonalt plan for å styrke rammevilkårene for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette har bl.a. resultert i en Nasjonal forskerskole i allmennelegetjeneste støttet av Norges forskningsråd. Formålet er å heve kvalitet og omfang på forskerutdanningene. Prosjektet vil pågå ut 2020. Enhetene har høy ekstern aktivitet, nasjonalt og internasjonalt. Helsedirektoratet følger opp AFEene gjennom dialogmøter. AFEene deltar også i styremøtene i Allmennelegetjenestens forskningsfond. Forskningen ved enhetene er svært omfattende, og ressursene de mottar utnyttes godt. Midlene foreslås videreført i 2020.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble etablert i 2004, og er faglig forankret ved Universitetet i Bergen. Senteret har tidligere vært organisatorisk tilknyttet Uni Research Helse, men er fra 2018 en del av NORCE, Norwegian Research Centre AS. 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. i helsetjenestetilbudet til volds- og overgrepstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). Blant særskilte bidrag i 2018 kan nevnes arbeidet med Nasjonal veileder for legevakt og forslag til kvalitetsindikatorer for legevakt, begge for Helsedirektoratet. Nklm har også hatt en aktiv rolle i arbeidet for personer utsatt for vold og overgrep bl.a. gjennom innspill til ny handlingsplan mot voldtekt. Senteret har også prosjekter av mer langsiktig karakter, bl.a. med å analysere hvordan aktivitet i legevakt påvirker spesialisthelsetjenesten. Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over posten.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018), ble posten styrket med 2 mill. kroner til prosjektet Akuttmedisinsk eldreomsorg i regi av Nklm. Midlene ble videreført til tiltak i 2019. Prosjektet skal undersøke hvordan eldre benytter akuttmedisinske tjenester i dag, hvordan eldre og deres pårørende bedre kan fange opp akutt sykdom tidlig og varsle rette instans, og hvordan tjenestene bedre kan fange opp akutt syke og skadde eldre og sikre riktig prioritering og behandling av disse. Til sammen ble det bevilget 13,4 mill. kroner til Nklm i 2019. Tilskuddet foreslås videreført i 2020. Det vises også til omtale under kap. 765, post 75.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har siden 2007 vært fast etablert som et kompetansesenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Helsedirektoratet og Helse Nord RHF. 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 å bygge bro mellom praksis og akademi og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i distriktshelsetjenesten. Gjennom Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling arbeider senteret tett med helsepersonell om praksisnære problemstillinger. NSDM bidrar med viktig forskning om fastlegeordningen, og bidrar bl.a. i følgeforskningen av prosjektet Alis-Vest med utdanningsstillinger i allmennmedisin, jf. kap. 762, post 63) Utover avtalte kjerneoppgaver arrangerer senteret konferanser. Driften dekkes i hovedsak over kap. 762. Det ble bevilget 4,9 mill. kroner i 2019. I tillegg gis et mindre tilskudd fra

Helse Nord RHF. Det foreslås å gi tilskudd til NSDM også i 2020.

For AFEene, Nklm og NSDM tar departementet sikte på å overføre forskningsmidler fra Helsedirektoratet til Forskningsrådet for kompetansesentre og sentre som har forskning som hovedoppgave. Dette skal skje som en gradvis overgang over flere år fra fast bevilgning til at en større andel av forskningsmidlene styres mot resultatbasert finansiering. Det vises til nærmere omtale under del III 8 Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger, forum for helsestasjonsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. Arbeidet innebærer bl.a. en aktiv rolle i utarbeiding av utdanningsløpet for LIS1 i kommunene med sikte på at de nye legene skal få et best mulig læringsutbytte og en god start i allmennmedisin. En kartlegging utført av Fylkesmannen i januar 2017 viser at det fortsatt er utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i flere kommuner. Det ble tildelt 0,3 mill. kroner til tiltaket i 2019.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Finnmark har som særskilt målsetting å bedre rekrutteringen og stabilisere legedekningen i de samisktalende kommunene i Finnmark. Midlene i 2018 ble brukt til å dekke kostnader til en nasjonal konferanse for kommuneoverleger og administrative sektorledere i Bergen for deltakere fra Finnmark (rundt 30 personer) om rekruttering og stabilisering av leger i utsatte områder. Det ble også arrangert et spesifikt seminar for deltakerne fra Finnmark i forkant av konferansen. Det ble tildelt 0,4 mill. kroner til tiltaket i 2019.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge bidrar til å styrke rekruttering og stabilitet av leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og har stor betydning for legedekningen. Resultatene har vakt oppsikt internasjonalt. Midlene skal dekke legenes utgifter i forbindelse med deltakelse i veiledningsgrupper i de to spesialitetene. Det ble tildelt 0,7 mill. kroner til tiltaket i 2019.

Tiltakene inngår i Kompetanseløft 2020 og foreslås videreført i 2020.

Antibiotikasenter for primærmedisin

Det bevilges årlig midler til drift av Antibiotikasetter for primærmedisin (ASP) som er et kompetansesenter som skal drive forskning, utredning,

fagutvikling og veiledning innen primærmedisin på områdene riktig antibiotikabruk, forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens. I 2018 er det gjennomført intervensjon mot fastleger i fire fylker. Dette er et ressurskrevende arbeid som må gjennomføres over tid i alle fylker.

Det er gjennomført intervensjon mot sykehjem i fire fylker, RASK (riktig antibiotikabruk i sykehjem) innført. Det har vært gjennomført en revisjon av nasjonale faglige retningslinjer og de er overført til Helsedirektoratets nye plattform.

Innsatsen mot publikum er økt, og antibiotikafri resept er oversatt til samisk. Den norske versjonen er sendt til landets fastleger. I løpet av våren 2019 lanserte antibiotikasenteret læringsprogrammet e-Bug. Det er oversatt fra engelsk til norsk og retter seg mot barne- og ungdomsskolen. Det tar bl.a. for seg infeksjoner, hygiene, antibiotika og resistens. I tillegg arbeider antibiotikasenteret med annen formidling mot publikum gjennom sosiale kanaler som Facebook, Instagram og Twitter.

ASP har i 2018 sammen med blant andre KAS (Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten) og Folkehelseinstituttet, utviklet et læringsopplegg mot sykepleierstudenter som vil bli testet ut i 2019. Det ble i 2019 bevilget 4 mill. kroner til kompetansesenteret over denne posten i 2019, og det foreslås å videreføre samme sum i 2020. I tillegg ble det bevilget 3 mill. kroner over kap. 761, post 21 i 2019, som også foreslås videreført. Midlene må sees i sammenheng med midler foreslått til smittevern på kap. 762, post 21.

Post 73 Seksuell helse

Bevilgningen dekker tilskudd til oppfølging av Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022).

Strategi for seksuell helse tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets kompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte gjennom hele livsløpet. Strategiens overordnede mål er å sikre god seksuell helse i hele befolkningen.

Det er to tilskuddsordninger knyttet til oppfølging av strategien – Tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner og Tilskudd for seksuell helse. Begge tilskuddene begge forvaltes av Helsedirektoratet.

Tilskuddsordningen rettet mot hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner har to overordnede mål: en helhetlig ivaretagelse av hivpositive

og forebygging av nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Tilskudd gis til tiltak rettet mot mennesker som lever med hiv og grupper som har økt risiko for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner, herunder migranter og menn som har sex med menn. Det tildeles etter søknad treårige driftstilskudd innenfor tre hovedmålgrupper, i tillegg til årlige prosjekttilskudd. Samarbeid mellom tilskuddsmottakerne vektlegges for å sikre en koordinert innsats. Det ble gjennomført en ekstern evaluering av erfaringene med tilskuddsordningen. Tilskuddet ble i 2019 i sin helhet fordelt på åtte tilskuddsmottakere. Måloppnåelsen vurderes i hovedsak som høy. Bevilgningen foreslås videreført i 2020.

Trenden med nedgang i meldte hiv-tilfeller fortsatte i 2018, særlig blant menn som har sex med menn og blant heteroseksuelle smittet mens de var bosatt i Norge. Forekomsten av gonoré og syfilis fortsatte å øke i Norge i 2018. Det er særlig blant menn som har sex med menn disse infeksjonene øker, men gonoré øker også blant heteroseksuelle kvinner og menn. Antallet diagnostiserte gonorétilfeller blant menn som har sex med menn er mer enn doblet de siste 10 årene.

Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslos tiltak Aksept. Aksept har lang erfaring med å arbeide med mennesker som lever med hiv i Norge og er et sentralt fag- og ressursmiljø for personer berørt av hiv.

I 2019 ble det totalt bevilget 32,95 mill. kroner til oppfølging av tilskuddsordningen for seksuell helse. Tilskudd ble bevilget til 55 ulike tilskuddsmottakere i 2019. Øremerket tilskudd til organisasjonen Menneskeverd foreslås videreført. Bevilgningen foreslås videreført i 2020.

I tillegg ble det bevilget 13,3 mill. kroner over kap. 762, post 21 til oppfølging av strategi for seksuell helse. Tilskuddsordningene skal gjennomgås i 2020.

Total bevilgning på posten er 58,1 mill. kroner.

Regjeringen vil i 2020 legge fram en handlingsplan for å redusere antall uønskede graviditeter og svangerskapsavbrudd.

Post 74 Stiftelsen Amatheia

Mål for tilskuddsordningen er å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, bl.a. gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av arbeidet. Amatheia er representert i alle helseregioner med totalt 13 vei-

ledningskontor og et pilotprosjekt med samisktalende prosjektleder. Stiftelsen har om lag 24 årsverk. De gjennomførte i 2018 underkant av 4400 konsultasjoner og hadde i overkant av 8000 andre henvendelser (SMS, telefon, chat osv). En av tre konsultasjoner omhandlet valgsituasjon knyttet til abort og en av fem samtaler omhandlet juridiske, økonomiske og arbeidsrelaterede spørsmål knyttet til svangerskap. En ukjent andel konsultasjoner omhandlet prevensjonsveiledning. Den årlige brukerundersøkelsen (svarandel 17 pst.) viser at 97 pst. var svært fornøyd med tilbudet. Amatheia har svart på 800 spørsmål om prevensjon og graviditet på ung.no og har møtt 36 000

ungdom gjennom å stå på stand og ulike undervisningsoppdrag. Amatheia arrangerte også en internasjonal aksjonsdag for å fremme kvinners rett til å bestemme over egen kropp og tilgang til trygge og lovlige aborter globalt. Amatheia har bidratt til økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten gjennom å undervise og tilby praksisplasser til studenter på sykepleier-, jordmor- og helsesykepleierutdanningene. Tilskuddsordningen skal gjennomgås i 2020.

Det foreslås 25,2 mill. kroner i driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia i 2020.

Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	142 552	108 523	129 598
60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	413 361	456 180	238 690
62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	462 492	477 360	492 460
71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	160 381	164 385	168 797
72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	404 191	402 142	412 935
73	Utviklingstiltak mv.	155 997	161 177	160 503
74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	305 137	308 947	308 898
75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	202 917	220 039	215 145
	Sum kap. 0765	2 247 028	2 298 753	2 127 026

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- 12,5 mill. kroner til opptrappingsplan mot vold og overgrep, over kap. 765, post 21.
- 211,6 mill. kroner til rekruttering av psykologer i kommunene er flyttet til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett, kap. 571, post 60.
- 12,5 mill. kroner til programfinansiering av 0–24-samarbeidet er flyttet til Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 226, post 24.
- 2 mill. kroner knyttet til styrking av arbeidet med psykisk helse, rus og vold er flyttet fra kap. 709, post 01 til kap. 765, post 21.

Bevilgningen på kap. 765 dekker statlige stimuleringssmidler til psykisk helse- og rusarbeid, samt arbeid med å forebygge og avverge vold og overgrep, traumatisk stress og selvmord. Videre dekker bevilgningen prosjekter innen arbeid og psykisk helse, midler til styrking av brukere og pårørende og drift av kompetansesentre innenfor psykisk helse, rus og vold, samt frivillig og ideelt arbeid.

Mennesker med psykiske lidelser og/eller rus- og voldsproblematikk har rett til et verdig liv med god tilgang på behandling og oppfølging, deltagelse i arbeid og aktivitet og bedret livskvalitet. Tjenestene de møter skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede. Det innebærer blant annet økt valgfrihet for den enkelte, redu-

serte ventetider, bedre oppfølging og et styrket lavterskeltilbud i kommunene. Dette inkluderer også utvikling av internettbaserte informasjons- og veiledningstilbud og digitale helsetjenester. Brukernes og pasientenes behov må styre tjenesteutviklingen.

På systemnivå er brukermedvirkning viktig for å sikre at tjenestene utvikler seg til det beste for brukerne, men medvirkning er minst like viktig på individnivå. Det er et mål i seg selv at mennesker med psykiske lidelser og/eller rus- og voldsproblemer skal ha råderett over eget liv, med mulighet for å påvirke tjenester de mottar.

Kommunene står fritt til å organisere sine tjenester slik de mener er hensiktsmessig, men de har ansvar for å yte et forsvarlig tjenestetilbud og samordne sine tjenester. De kommunale tjenestene utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen. For å lykkes med å gi mennesker med psykiske helse-, rus- og voldsproblemer et godt og forsvarlig tilbud, er det derfor avgjørende at man er kjent med hverandres ansvarsområder og tilbud. Like viktig er det å legge inn innsatsen tidlig og ha etablert gode rutiner for samhandling og koordinering av hjelpetilbudet innad i kommunene og med andre relevante aktører.

Regjeringen gjennomfører en rekke tiltak for å bedre sammenheng og forsvarlighet i behandlingsforløp. Fra 2017 er det tydeliggjort at øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunen også skal gjelde for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer. Det sikrer at personer med psykiske helse- og rusproblemer har tilgang til helsetjenester når det haster. Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling er innført fra 2019, i likhet med for utskrivningsklare pasienter i somatikken. Hensikten med å innføre kommunal betaling også for pasienter innen rus og psykisk helse, er å stimulere til at flere raskere skal få et tilbud der de bor, og ikke blir liggende unødig lenge i døgninstitusjoner etter at de er ferdig behandlet. Det er både uheldig for pasientens tilfriskning og dårlig bruk av spesialisthelsetjenestens ressurser.

Innføring av pakkeforløp innen psykisk helse og rusområdet fra 2019 innebærer faste rutiner for gjennomføring av utredning og en tydelig logistikk for behandling og tilbakeføring til kommunene, og skal bidra til gode, sammenhengende og tverrgående pasientforløp, økt forutsigbarhet og mer likeverdige tilbud. Pakkeforløpet starter i kommunen hos fastlegen eller annen henviser, og ved samtidige tjenester skal kommunens kontaktperson være oppgitt i henvisningen.

Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om å lovfeste kommuners plikt til å ha psykologkompetanse fra 1. januar 2020. Gjennom tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer i kommunene har det vært en solid økning i rekrutteringen fra 2013 til 2019, fra 130 psykologstillinger i 2013 til 590 psykologstillinger i 369 kommuner og bydeler i 2019. Bevilgningen foreslås innlemmet i rammetilskuddet til kommunene fra 2020, og midlene foreslås derfor overført til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, kap. 571, post 60. Se omtale i Prop. 1 S (2019–2020), Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Kommunene har økt sin øvrige personellinnsats innen psykisk helse- og rusarbeid de siste årene. I 2019 var det nærmere 16 400 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, 2500 flere årsverk enn i 2016.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i større grad legge til rette for utprøving og evaluering av nye modeller, og understøtte kommunene i å implementere forskningsbaserte, effektive metoder.

Regjeringen arbeider med ny handlingsplan for forebygging av selvmord, jf. anmodningsvedtak nr. 614, 19. april 2018:

*«Stortinget ber regjeringen fremlegge en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvska-
ding, inkludert forebygging av selvmord blant
pasienter innlagt i eller nylig utskrevet fra psy-
kisk helsevern. Fagmiljø, pasient- og pårørende-
grupper må involveres i utarbeidningen, og null-
visjon må vurderes som overordnet målsetting.»*

Partnerskap mot mobbing er signert av regjeringen og 14 organisasjoner. Mobbing kan føre til alvorlige fysiske og psykiske helseutfordringer. Forebygging av mobbing og oppfølging av de som er utsatt for mobbing er en viktig del av det forebyggende arbeidet mot psykiske helse- og voldsproblemer.

For en nærmere omtale av satsingen på det forebyggende arbeidet innenfor psykisk helse-, rus- og voldsfeltet, vises det til kap. 714. For satsingen innen spesialisthelsetjenesten vises det til kap. 732 og 734.

Strategi for god psykisk helse og opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse

I august 2017 ble Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) lagt fram. Bakgrunnen for strategien var anmodningsvedtak nr. 840 (2015–2016) og 108.54 (2015–

2016). Strategien skulle danne grunnlaget for en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Prop. 121 S (2018–2019) Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) ble lagt fram i juni 2019, og inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og behandlingsrettede initiativ. Forebygging av selvskading inngår i planen.

Regjeringen vil trappe opp innsatsen for å styrke barn og unges psykiske helse gjennom planperioden, og regjeringen vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innfasing og prioritering av enkelttiltak i planen. I 2020 setter regjeringen i gang en pilot for programfinansiering av enkelte tilskuddsordninger rettet mot barn og unge. Hensikten er å gjøre det enklere å utforme lokale tiltak på tvers av tjenester og sektorer, for å gi barn og unge den hjelpen de trenger. Piloten omfatter fem tilskuddsordninger i 12 kommuner i Trøndelag, Innlandet, Vestfold og Telemark. Piloten skal gå ut 2022.

Opptrappingsplanen for rusfeltet

Regjeringen har satt som mål å øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner, i tråd med langsiktige mål og tiltak i Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Gjennom bruk av stimuleringsmidler og vekst i de frie inntektene har regjeringen gjennomført målsetningen om en særlig innsats rettet mot kommunene. Innsatsen har særlig rettet seg mot ordninger som bedrer tjenestene og oppfølgingsarbeidet for målgruppen – som f.eks. arbeidsrettede tiltak, bolig, fengselshelsetjeneste og oppsøkende behandling. Helsedirektoratet er i samarbeid med øvrige direktorater, Husbanken og Fylkesmannen sentrale i gjennomføringen av Prop. 15 S (2015–2016). Satsningen har hatt god måloppnåelse.

For 2019 ble det bevilget 281 mill. kroner, hvorav 200 mill. kroner var vekst i kommunenes frie inntekter. Rapporteringen viser at regjeringens innsats med opptrappingsplanen har gitt resultater i økt tjenesteyting og flere årsverk. Tall fra IS-24/8 (Sintef og Sentio) viser en økning på 505 årsverk fra 2018 til 2019, hvorav 309 årsverk i tjenester og tiltak til voksne og 196 årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge. Samlet sett oppgir kommunene 16 399 årsverk til psykisk helse- og rusarbeid for 2019. Det er om lag

2500 flere årsverk enn i 2016. Sintefs årsverksrapportering bygger på innsamling av årsverkstall direkte fra kommuner, og rapporten for 2019 baserer seg på tall samlet inn våren 2019.

349 av landets kommuner (83 pst.) svarer at de i noen, stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helsearbeid. Dette er en økning på 10 prosentpoeng fra 2017, da 300 kommuner svarte det samme (Sintef, IS-24/8-2018). Hver tredje kommune oppgir at opptrappingsplanen har ført til økt brukerinvolvering.

I statsbudsjettet for 2019 ble det lagt til grunn et konservativt anslag på 100 mill. kroner for økning i utleieboligtilskuddet over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett i 2016 og 2017 til å framskaffe boliger til mennesker med rusproblemer. Nye beregninger fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Husbanken for perioden 2016–2019 viser imidlertid at den samlede innsatsen overfor bostedsløse og personer med rusproblemer er betydelig høyere. Det legges til grunn at samlede tilskudd til boliger til personer med rusproblemer utgjør mellom 500 og 600 mill. kroner. Ved å legge dette til grunn er Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) med bevilgningene for 2020 overoppfylt.

Tallene viser at det er gitt tilskudd til mellom 650 og 800 boliger til bostedsløse og personer med rusproblemer. Antall bostedsløse i Norge er betydelig redusert gjennom det kraftfulle boligsosiale arbeidet som har pågått de siste årene, ifølge By- og regionforskningsinstituttet (NIBR).

FNs bærekraftsmål 3.5 om styrking av forebygging og behandling av rusproblemer, følges opp gjennom opptrappingsplanen. Opptrappingsplanen følger og styrker i hovedsak etablerte løp og satsinger innen helse, men også i andre deler av velferdssektoren.

Se omtale i Prop. 1 S (2019–2020) Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Prop. 1 S (2019–2020) Justis- og beredskapsdepartementet og Prop. 1 S (2019–2020) Arbeids- og sosialdepartementet.

For 2020 foreslås 150 mill. kroner av veksten i kommunenes frie inntekter begrunnet med behovet for å fullføre den flerårige satsinger på å styrke tjenestene på rusfeltet.

Tabell 4.13 Årlig opptrapping til rusfeltet i mill. kroner

År	Opptrapping	Sum bevilgning
2016	602,3 ¹	602,3
2017	483,2 ¹	1085,5
2018	378 ¹	1463,5
2019	340 ¹	1803,5
2020	150	1953,5
Boligsosialt arbeid 2016–2019 ²	500	2453,5
Total bevilgning 2016–2020		2 453,5

¹ Bevilgningene er prisjustert til 2020-kroner.

² Fra 2016 til 2019 har ordningene med tilskudd til utleieboliger over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett samt investeringstilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett bidratt til at flere bostedsløse har fått et eget sted å bo og antallet bostedsløse er dermed betydelig redusert. Mange av de bostedsløse er personer med rusproblemer. Med nye beregninger fra Husbanken for perioden 2016–2019 legges det til grunn at Opptrappingsplanens delmålsetning om å bidra med 500 mill. kroner til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo, er gjennomført.

Opptrappingsplan mot vold og overgrep og handlingsplan mot vold i nære relasjoner

Arbeidet mot vold og overgrep er høyt prioritert av regjeringen. Bruk av vold er i strid med norsk lov og et angrep på grunnleggende menneskerettigheter. Dette gjelder også vold i nære relasjoner og vold som anvendes med den hensikt å oppdra barn. Vold i nære relasjoner og overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak, samt hjelp fra krisesentertilbud, sosialhjelp og økte behov for politiresurser. Ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) vedtok Stortinget å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep.

I tråd med Stortingets anmodningsvedtak nr. 623 (2014–2015) fremmet regjeringen høsten 2016 Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) med 88 tiltak. Stortinget vedtok planen og 36 anmodningsvedtak våren 2017. Målet med opptrappingsplanen er å redusere forekomsten av vold i nære relasjoner, med særlig vekt på å bekjempe vold og overgrep som rammer barn og unge. Planen inneholder blant annet tiltak for å styrke det forebyggende arbeidet, for å bedre tilbudet til voldsutsatte og voldsutøvere og for å heve kunnskapen og kompetansen i tjenestene om vold og

overgrep. Samlet har arbeidet med vold og overgrep blitt styrket med om lag 1 mrd. kroner så langt i planperioden.

Oppfølgingen av opptrappingsplanen koordineres av Barne- og familiedepartementet, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen presenterer en samlet omtale av oppfølging av opptrappingsplanen i Prop. 1 S (2019–2020) for Barne- og familiedepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet har i hovedsak gitt Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomføre tiltakene i planen. Av planens tiltak som ligger under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde er de fleste tiltakene påbegynt.

For 2020 foreslås det å bevilge ytterligere 54 mill. kroner til styrking av opptrappingsplan mot vold og overgrep. Av disse foreslås 31,5 mill. kroner på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. 12,5 million kroner foreslås bevilget til etablering av lavterskeltilbud og helhetlig behandlingstilbud for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. 19 mill. kroner foreslås bevilget til å styrke behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep, se nærmere omtale under kap. 734, post 21.

Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en ny nasjonal handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Handlingsplanen skal ha en egen del om vold og overgrep i samiske områder. Planen skal bidra til å imøtekomme forpliktelsene etter Europarådets konvensjon om å forebygge og bekjempe vold mot kvinner og vold i nære relasjo-

ner (Istanbul-konvensjonen). Handlingsplanen skal være bred og tverrdepartemental, og arbeidet koordineres av Justis- og beredskapsdepartementet.

Bolig for velferd

Den nasjonale strategien Bolig for velferd (2014–2020) gir retning for arbeidet med boliger og oppfølgingstjenester for vanskeligstilte på boligmarkedet. Strategien skal bidra til at kommunene møter en samordnet stat og får bedre rammebetingelser i arbeidet. For perioden 2018–2020 er et av to prioriterte tiltak å etablere arbeidsprosesser for helhetlig tilbud av boliger og bo- og oppfølgingstjenester for mennesker med rusrelaterte og/eller psykiske utfordringer som mangler eller risikerer å miste bolig. Regjeringen tar sikte på å legge fram en melding om den boligsosiale politikken for Stortinget i løpet av 2020. Meldingen vil redegjøre for resultater i strategien og tilrå hvordan den offentlige innsatsen etter Bolig for velferd bør innrettes. Se nærmere omtale av Bolig for velferd i Prop. 1 S (2019–2020) Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Rusreform

Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika fra straff til hjelp, behandling og oppfølging. På bakgrunn av dette vil regjeringen gjennomføre en rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Regjeringen har satt ned et offentlig utvalg som skal forberede gjennomføring av reformen. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av 2019. Forslaget vil deretter sendes på høring.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende endringer:

- Bevilgningen foreslås styrket med 12,5 mill. kroner til opptrappingsplan mot vold og overgrep.
- Det foreslås å flytte 7,2 mill. kroner fra post 75 for å anskaffe en rammeavtale om beredskap og rådgivning innen vold og traumatisk stress.
- Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra kap. 709, post 01 for å styrke arbeidet med psykisk helse, rus og vold.

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet.

Rådgivere hos Fylkesmannen

Ved fylkesmannsembetene er det etablert egne stillinger med et særlig ansvar for å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene om psykisk helse, rus og vold. Fylkesmannen er en viktig ressurs i styrkingen av det kommunale rus- og psykisk helsearbeidet, og belastningsfullmaktene til Fylkesmannen bidrar til drift av tverrfaglige regionale fora og nettverk, samt iverksetting av ulike kompetanseutviklingstiltak.

Fylkesmannens rådgivere er sentrale samarbeidspartnere for Helsedirektoratet i arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet, bl.a. ved å tilrettelegge for gjennomføring i kommunene, gjennom erfaringsutveksling og vurdering av måloppnåelse og effekt. Det er etablert et arbeidsutvalg hvor representanter for embetene inngår sammen med representanter for kompetansesentrene på psykisk helse- og rusområdet. Arbeidsutvalget bistår og er bindeledd mellom Helsedirektoratet, fylkesmannsembetene og kompetansesentrene i arbeidet med å gjennomføre opptrappingsplanen på regionalt og lokalt nivå.

Siden 2018 har fylkesmannen hatt i oppdrag å bidra til at kommunene utvikler sitt rusarbeid i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet. I tillegg til å informere og synliggjøre opptrappingsplanen for kommunene, fikk de i oppdrag å etablere planer med lokale målsettinger for arbeidet. Embetene la bl.a. opp til å gjennomføre regionale rusforum, drift av nettverk på rusområdet i samarbeid med kompetansesentrene på psykisk helse- og rusfeltet, samt å følge med på kommunenes planverk knyttet til kommunalt rusarbeid. Fylkesmannsembetenes rapportering for 2018 viser at deres arbeid rettet mot kommunene innen psykisk helse, rus og vold i hovedsak har vært prioritert og målrettet. Flertallet av embetene viser til god utvikling i det kommunale rusarbeidet relatert til målene i opptrappingsplanen. Embetenes planer for 2020 viser at det jevnt over er et høyt aktivitetsnivå i arbeidet med å fullføre implementeringen av opptrappingsplanen for rusfeltet. Embetene skal i større grad bistå kommuner med lite fagmiljø på psykisk helse, rus, og vold til å etablere systemer for helhetlige løsninger på dette feltet.

I 2019 ble det bevilget 17,5 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 18 mill. kroner i 2020.

Nasjonal overdosestrategi

Regjeringen reviderte våren 2019 den nasjonale overdosestrategien fra 2014 for en ny mandatperiode 2019–2022. Den nye strategien er i hovedsak en videreføring av den forrige strategien som løp ut i 2017. Sentrale tiltak fra forrige strategi vurderes som vellykkede og videreføres. Utdringsbildet vurderes i grove trekk som stabilt og antall overdoser har gått ned med 13 pst. Nedgangen fant sted i kommuner der en har satt inn ekstra innsats i forrige strategiperiode, bl.a. i kommuner som har deltatt i læringsnettverk og som har delt ut Nalokson neseppray. I resten av landet var det en svak økning i overdosedødsfall.

Det ble besluttet å legge til grunn en nasjonal nullvisjon for overdosedødsfall, jf. Innst. 207 S (2012–2013).

Ordnningen med pilotkommuner ble også videreført i 2019 og 35 kommuner er inkludert i et eget læringsnettverk som har kunnet søke tilskudd til overdoseforebyggende arbeid.

Nalokson-prosjektet ble styrket med 5 mill. kroner i 2019 og det deles nå ut livreddende motgift i form av Nalokson neseppray i alle 35 de kommunene som er med i læringsnettverket.

Det er utarbeidet en veiviser i lokalt overdoseforebyggende arbeid som bl.a. bygger på de erfaringene som er gjort i pilotkommunene. Veiviseren gir kunnskap, råd og veiledning til nye kommuner som ønsker å komme i gang med overdoseforebyggende arbeid.

Tiltakspakke for overdoseforebygging i fengsel er videreført i regi av Kriminalomsorgens utdanningssenter (Krus) og arbeidet med å styrke det overdoseforebyggende fokuset i spesialisthelsetjenesten fortsetter, særlig i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en prosessevaluering av overdosestrategien. Ifølge evalueringsrapporten har det gjennom strategiarbeidet blitt lagt ned en stor innsats i å jobbe systematisk og langsiktig for å få ned antall overdosedødsfall i Norge. Til tross for at målet om reduksjon av overdosedødsfall ennå ikke er nådd, peker rapporten på at arbeidet som har vært gjort hittil har vært viktig. Mye av arbeidet forventes å gi resultater på lengre sikt med en fornyet nasjonal innsats hvor flere kommuner deltar. Flere skadereduserende tiltak og tilrettelegging av utdeling av rent brukerutstyr i flere kommuner er viktige grep som skal følges opp.

Det er bekymring knyttet til at flere nå dør av andre opioider enn heroin. Situasjonen følges

nøye og tiltak må vurderes om nødvendig. For å styrke den samlede innsatsen mot overdosedødsfall, bl.a. ved at det i brukerrom åpnes for å injisere flere stoffer som gir risiko for overdosedødsfall. Det gis opplæring i overgang fra injisering til mer skånsom bruk for tunge rusavhengige. For å innlemme disse endringene ble Sprøyteromsloven i 2019 endret til Lov om ordning med brukerrom for inntak av narkotika. Arbeidet må sees i sammenheng med at det skal lages et pakkeforløp for oppfølging etter ikke-dødelige overdoser. Samarbeid mellom ulike tjenester som Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og kommunen vil være sentral. Arbeidet med pakkeforløpet ble satt i gang i løpet av 2019.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til oppfølging av tiltak og ny overdosestrategi på samme nivå i 2020.

Vold og overgrep

Bevilgningen dekker arbeid med tiltak mot traumer, vold og overgrep, herunder tiltak i Opptappingsplan mot vold og overgrep, Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme, arbeid med overgripere og arbeidet mot mobbing. Bevilgningen finansierer bl.a. plantiltak som Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal gjennomføre. Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en ny nasjonal handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Planen skal være tverrdepartemental og arbeidet skal ledes av Justis- og beredskapsdepartementet. Det er behov for å vurdere hvordan psykisk vold skal ivaretas bedre i det videre arbeidet med vold- og traumefeltet.

I Opptappingsplanen mot vold og overgrep inngår tiltak for å bedre behandlingstilbudet til unge overgripere. Helse Vest RHF leder arbeidet med å styrke kompetanse og etablere behandlingstilbud i alle helseregioner for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2020 med 5,1 mill. kroner.

Folkehelseinstituttet (FHI) har i sitt arbeid med folkehelseprofiler for kommuner fått i oppdrag å gjennomgå datakilder med tanke på å utvikle indikator for vold og overgrep. Arbeidet har pågått i 2019 og indikator skal publiseres i 2020. Arbeidet med vold og overgrep i folkehelseprofilene videreføres i 2020. Det foreslås å videreføre bevilgning på 1 mill. kroner til dette arbeidet.

Redd Barna utarbeidet i 2017 en rapport om hjelpebehov for personer med seksuelle følelser for barn. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge dette opp og utrede faglige, juridiske og organisatoriske forhold ved etablering av et lavterskeltilbud. I 2019 ble det bevilget 3 mill. kroner til utredningsarbeidet. Oppdraget ble ytterligere presisert i 2019. Helsedirektoratet har i tillegg til en hjelpetjeneste utredet helhetlig behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Helsedirektoratet leverte i mai 2019 sin utredning hvor de tilrår at det etableres et lavterskeltilbud for denne gruppen, og at lavterskeltilbudet kobles til en tilgjengelig behandlingstjeneste. Tiltaket foreslås styrket med 12,5 mill. kroner til implementering av et lavterskeltilbud med behandling for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Samlet foreslås det 15,6 mill. kroner til etablering av tilbudet i 2020.

Beredskap og rådgivning om vold og traumatisk stress

Fra juli 2019 ble aksjene i NKVTS AS overdratt fra Unirand til Norce. Eierskiftet innebærer at NKVTS ikke lenger direkte kan tildeles oppdrag i medhold av unntaket i anskaffelsesregelverket om utvidet egenregi. For å sikre at sentrale rådgivnings- og beredskapsoppgaver om vold og traumatisk stress kan håndteres også i framtiden, foreslås det å trekke ut 7,2 mill. kroner av NVKTS sin grunnbevilgning for å gjennomføre en anskaffelse av en rammeavtale innenfor rådgivning og beredskap på volds- og traumefeltet.

Oppfølging etter 22. juli

Støttegruppen etter 22. juli har bedt om at det etableres en regional losfunksjon for å hjelpe berørte med å finne fram til riktig hjelp. Losfunksjonen ble etablert i 2018 og lagt til de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene). Det ble i 2019 bevilget 2,5 mill. kroner til dette formålet. Bevilgningen foreslås videreført med 2,6 mill. kroner for 2020.

Læringsnettverk

Etterspørselen etter støtte til utviklingsarbeid av tjenestetilbudet til personer med psykiske vansker og rusmiddelproblemer er stor i kommunene. Samhandlingsreformen har forsterket kravene til både forebygging, tidlig innsats, koordinerte tjenester, samarbeid og samhandling på

tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste. Læringsnettverkene er ment å gi støtte til å utvikle tjenestene i tråd med samhandlingsreformen og prinsipper for pasientens helsetjeneste. Arbeidet ledes av KS og utføres i samarbeid med Kunnskapssentret gjennom opprettelse av læringsnettverk i kommunene.

Behovet for å forbedre pasientforløp, koordinering og samordning er enda større for barn og unge med psykiske helse- og/eller rusproblemer.

I 2019 ble det bevilget 4,1 mill. kroner til KS til læringsnettverk for mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 4,3 mill. kroner i 2020. Se kap. 762, post 21 for en samlet omtale av læringsnettverkene.

Styrke ledelseskompetanse

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert på Handelshøyskolen BI i 2015. Målgruppen er ledere i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Underveisevalueringen fra Rambøll viser at deltakerne er svært godt fornøyde med utdanningen, både på tvers av utdanningssteder og profesjoner. I 2018 var det 682 søkere til totalt 216 studieplasser. Hittil har totalt 616 ledere fullført utdanningen. Utdanningen skal evalueres. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Se også omtale under kap. 761, post 21.

I 2019 ble det bevilget 5,1 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,2 mill. kroner i 2020.

Statistikkutvikling

Helsedirektoratet har iverksatt flere tiltak for å følge med på utviklingen og skaffe økt kunnskap om helse- og omsorgstjenestene til personer med rus og/eller psykiske problemer.

Gjennom årlig rapportering innhenter Helsedirektoratet betydelig informasjon fra kommunene om status og utvikling innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (IS-24/8-rapportering). Statistikken dekker kommunenes årsverksinnsats, kompetanse og tjenesteorganisering.

Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakter av rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer blant brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og/eller velferdstjenester. I 2018 kartla 268 kommuner 23 762 brukere med rusproblematikk med eller uten psykiske helseproblemer. 252 kommu-

ner har kartlagt i alt 35 463 voksne brukere med psykiske helseproblemer. I alt ble det i 2018 registrert 914 personer under 18 år som mottar kommunale tjenester for sine rusproblemer.

Helse Stavanger HF har i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål og Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (NAPHA) arbeidet systematisk med opplæring og tilrettelegging av Brukerplan-kartlegging blant landets kommuner. Arbeidet med videre statistikkutvikling innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, herunder utarbeidelse av nye kvalitetsindikatorer og tilrettelegging for at flere kommuner gjennomfører Brukerplan-kartlegging, foreslås videreført.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Formålet med tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er å tilby en praksisnær videreutdanning for høgskoleutdannet personell. I 2019 ble det bevilget 20,5 mill. kroner til videreutdanningen. Bevilgningen foreslås videreført med 20,5 mill. kroner i 2020. Det foreslås også at det, innenfor rammen av bevilgningen, kan gjennomføres en evaluering av utdanningen.

Rask psykisk helsehjelp

Evalueringen av Rask psykisk helsehjelp viser at tilbudet både er etterspurt og effektivt, og at det når målgruppen med milde til moderate angst- og depresjonslidelser. Å videreutvikle og spre denne modellen forutsetter videre arbeid med å utvikle relevante terapiutdanninger, erfaringsutveksling og utvikling av selvhjelpsmateriell og digitale verktøy. Det ble i 2019 bevilget 2,1 mill. kroner til dette utviklingsarbeidet. Bevilgningen foreslås videreført med 2,1 mill. kroner i 2020. Se også omtale under kap. 765, post 60.

Utvikling av ambulante tjenester for barn og unge

I opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse er behovet for mer helhetlige og koordinerte tjenester løftet fram. Mange barn og ungdom med alvorlig og langvarig problematikk har behov for samtidige tjenester fra flere sektorer og nivåer. En del barn og unge mangler den nødvendige strukturen rundt seg for å dra nytte av eksisterende tilbud, og risikerer derfor mangelfull utredning, oppfølging og behandling. Det foreslås derfor å igangsette et arbeid for å utvikle tverrfaglige og oppsøkende team for barn og unge med

sammensatte hjelpebehov. Det foreslås bevilget 1,5 mill. kroner til dette utviklingsarbeidet.

Riktig medikamentbruk blant barn og unge

Det er behov for tiltak for å sikre riktig forskrivning og bruk av antidepressiva og sovepiller blant barn og unge. Helsedirektoratet startet i 2017 et arbeid med å avklare kunnskapsbehovet på området, og leverte i 2019 en rapport med forslag til tiltak på området. I 2019 ble det bevilget 3 mill. kroner til dette arbeidet. Bevilgningen foreslås videreført med 3,1 mill. kroner i 2020.

Evaluerer tilskuddsordninger

Hensikten med statlige tilskuddsordninger er å legge til rette for å nå prioriterte mål for samfunnet. For å sikre at tilskudd er innrettet slik at de bidrar til måloppnåelse bør de evalueres. For tilskudd under kap. 765, er mange av programmene det gis tilskudd til evaluert, uten at tilskuddsordningene i seg selv har vært gjenstand for evaluering. I 2019 ble det bevilget 1 mill. kroner til dette evalueringsarbeidet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1 mill. kroner i 2020.

Anmodningsvedtak

Strategi for psykisk helse

Vedtak nr. 108.54, 5. desember 2016

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 om å legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for psykisk helse, som også særlig tar for seg barn og unges psykiske helse, som et forarbeid til en økonomisk forpliktende opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av Prop. 1 S (2016–2017), jf. Innst. 2 S (2016–2017), og er fulgt opp ved at regjeringen 25. august 2017 la fram en strategi for god psykisk helse, Mestre hele livet, hvor barn og unge er særskilt omtalt.

Vedtaket er fulgt opp ved at regjeringen 7. juni 2019 la fram Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, jf. Prop. 121 S (2018–2019).

Seksuelle overgrep mot barn

Vedtak nr. 797, 29. mai 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det utredes en helhetlig behandlings- og oppfølgingstje-

«neste til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:140 S (2017–2018), jf. Innst. 316 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom at Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har utredet etablering av en helhetlig lavterskeltjeneste med behandlingstilbud til mennesker som står i fare for å begå seksuelle overgrep, og fremmet forslag til hvordan en slik tjeneste kan utformes. Regjeringen foreslår å bevilge 12,5 mill. kroner i 2020 til oppfølging av Opptrappingsplan mot vold og overgrep. Midlene foreslås bevilget til å etablere et landsdekkende lavterskeltilbud med behandling for personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn og unge.

Tiltak som motvirker kroppspress

Vedtak nr. 849, 6. juni 2018

«Stortinget ber regjeringen inkludere tiltak som motvirker kroppspress, samt andre tiltak som fremmer positivt selvbilde og selvfølelse, i opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:187 S (2017–2018), Innst.344 S (2017–2018).

Regjeringen har fulgt opp anmodningsvedtaket i Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (Prop. 121 S (2018–2019), som inneholder tiltak knyttet til kroppspress, selvbilde og psykisk helse. Tiltakene innebærer bl.a. en videreføring av arbeidet med etiske retningslinjer for påvirkere, nettverk og annonsører. Tiltakene er videre knyttet til anmodningsvedtakene 839 og 850 – 853 om å gjennomgå og fremme forslag som gjelder regulering av tilbud og bruk av kosmetiske injeksjoner, sikre et forsterket tilsyn med usunn reklame, gjennomgå og vurdere endringer i regelverket for kosmetiske injeksjoner og kosmetisk kirurgi, og å foreslå endringer i markedsføringsloven §2 og §21.

Post 60 Kommunale tjenester

Ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås følgende endringer:

Det foreslås å flytte:

- 211,6 mill. kroner til rekruttering av psykologer flyttes til Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60.

- 12,5 mill. kroner til programfinansiering av 0–24 samarbeidet flyttes til Kunnskapsdepartementets kap. 226, post 64.

Bevilgningen dekker tilskudd til utviklingstiltak og kvalitetsforbedring i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Videre er formålet med bevilgningen å stimulere til utvikling av samhandlingsprosjekter mellom kommunalt psykisk helse- og rusarbeid og psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), herunder også private og ideelle behandlingstilbud.

Tilskuddet til rekruttering av psykologer i kommunene foreslås innlemmet i rammetilskuddet til kommunene på Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett fra 2020, svarende til 211,6 mill. kroner. Det foreslås å flytte 12,5 mill. kroner knyttet til pilot med programfinansiering til Kunnskapsdepartementets budsjett, kap. 226, post 64.

Rekruttere psykologer til kommunene

Med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, har Stortinget innført et lovkrav om psykologkompetanse i norske kommuner fra 2020. Fram til lovplikten trer i kraft, har kommuner som rekrutterer psykolog til sine helse- og omsorgstjenester kunnet motta et årlig tilskudd per psykologårsverk. Det har vært en solid økning i rekrutteringen fra 2013 til 2018, hvor antall stillinger det ble ytt tilskudd til økte fra 130 til 551 stillinger. 311 av landets kommuner og bydeler hadde rekruttert psykolog gjennom tilskuddsordningen ved utgangen av 2018.

Samtidig er det fortsatt kommuner som ikke har rekruttert psykolog. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha) og de regionale kunnskapssentrene for barn og unge (RKBU/RBUP) har i samarbeid med øvrige kompetansesentre bidratt med kompetansestøtte til kommunene og psykologene, blant annet gjennom nasjonale og regionale nettverk. Erfaringene viser at nettverkssamlingene har gitt stort læringsutbytte og hatt betydning for utvikling av psykologrollen inn i det helhetlige og tverrfaglige kommunale psykiske helse- og rusarbeidet.

Det er behov for å videreføre og videreutvikle regionale nettverk for å understøtte kommunenes pågående arbeid. Nettverkene skal være tverrfaglige, slik at det legges til rette for at psykologene kan samarbeide og utvikle rollen sin sammen med annet fagpersonell i kommunen. Regjeringen vil gi RKBU/RBUP et regionalt ansvar for å drifte nettverkene og at øvrige kompetansesentre og fylkes-

mennene bidrar inn i arbeidet. Nettverkene må ses i sammenheng med etablerte fora, slik som KS Læringsnettverk, fylkesmennene og kompetansesentrenes ulike nettverk og fora innen psykisk helse og rus.

Det foreslås at 211,6 mill. kroner innlemmes i kommunerammen når lovplikten trer i kraft 1. januar 2020. Se Prop. 1 S Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019–2020).

Tilbud til voksne med langvarige og/eller sammensatte tjenestebehov

Formålet med ordningen er å styrke tilbudet til brukere med store tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer. Tjenester og hjelpetiltak må innrettes slik at den enkelte møter et sammenhengende, helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud. Tiltak som inngår i Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), herunder etablering av flere oppsøkende behandlingsteam, vil bli prioritert.

Tilskuddsordningen til tjenesteutvikling for personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov ble opprettet av fem ulike tilskuddsordninger som ble samlet i 2015. I 2019 ble ordningen delt i to, gjennom et tilskudd til tjenesteutvikling for voksne og ett for barn og unge.

Gjennom ordningen for voksne med langvarige og/eller sammensatte behov gis det tilskudd til:

- etablering av allerede utprøvde kunnskapsbaserte og kostnadseffektive modeller på psykisk helse- og rusfeltet.
- utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse- og rusfeltet.

Resultatrapporteringen viser at 179 tiltak fikk midler over ordningen i 2018. Tildelingene i 2018 gikk i hovedsak til følgende formål:

- aktivt oppsøkende behandlingsteam, inkl. assertive community treatment (ACT-) og fleksible ACT-team (FACT-team) (93 tiltak).
- mottakssentre (MO-sentre), Housing First, behandlingsforberedende tiltak og lavterskel substitusjonsbehandling (30 tiltak).

Evalueringen av ACT-teamene viser svært gode resultater med halvering av antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten, inntil 70 pst. reduksjon i tvangsbruk og mer fornøyde brukere og pårørende. Nasjonal kompetansetjeneste for ROP-lidelser (N-ROP) har fått i oppdrag å evaluere syv FACT-team i perioden 2015–2019.

Ved utgangen av 2018 var det gitt tilskudd til ni ACT-team, 38 FACT-team og 22 forprosjekter. Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2016 N-ROP i oppdrag å utrede potensialet for ACT- og FACT-team i Norge, samt vurdere en eventuell tilpasning av modellene til rurale områder med store avstander og lav befolkningstetthet. I rapporten som kom i 2017 beregnes et potensial for 35 ACT-team og 83 FACT-team, subsidiært modifiserte FACT-team ved lavere befolkningsgrunnlag.

For å understøtte god måloppnåelse gjennom implementering og videreføring av de to modellene, har Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 fortsatt lagt til rette for opplæring av teamansatte og drift av ledernetverk.

Ordningen er tidsavgrenset til maksimum fire år med tilskudd med gradvis nedtrapping, jf. tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid. Økt grad av egenfinansiering kan bidra til at gode modeller i større grad videreføres etter prosjektperiode. Eksisterende tilskuddsmottakere er ivarettet gjennom en overgangsordning.

Implementering og utvikling av oppsøkende behandlingstjenester for personer med omfattende psykisk helse- og rusproblematikk bidrar til oppfølgingen av Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) og Prop. 121 S (2018–2019) Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024).

Tilbud til barn og unge med behov for langvarig og sammensatt oppfølging

Formålet med ordningen er å styrke tilbudet til barn og unge med store tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer.

Tiltak som inngår i Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse vil bli prioritert. I tilknytning til dette foreslås det å flytte 12,5 mill. kroner til Kunnskapsdepartementets budsjett knyttet til pilot for programfinansiering innenfor 0–24-samarbeidet for tiltak som omfatter utsatte barn og unge. Programfinansieringen innebærer en samenslåing av statlige tilskudd fra deler av eksisterende tilskuddsordninger rettet mot barn og unge, under Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Hensikten er å unngå sektorisering ved at kommunene i større grad kan søke om midler som svarer til utfordringene lokalt og gir større treffsikkerhet i lokale tjenester og tiltak. Piloten omfatter

12 kommuner innenfor tre av landets regioner, Trøndelag, Innlandet, og Vestfold og Telemark. Forsøket starter i 2020 og skal gå ut 2022. Piloten vil følgeevalueres. Det foreslås å flytte 12,5 mill. kroner til kap. 226, post 64 i Kunnskapsdepartementets budsjett.

Barn og unge har gradvis blitt en viktigere målgruppe for tilskuddsordningen. I 2018 ble det gitt tilskudd til 86 tiltak rettet mot barn og unge.

Det gis tilskudd til:

- etablering av allerede utprøvde kunnskapsbaserte og kostnadseffektive modeller på psykisk helse- og rusfeltet.
- utprøving og evaluering av nye metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse- og rusfeltet.

Tilskuddsordningen er tidsavgrenset til maksimum fire år med tilskudd med gradvis nedtrapping. Eksisterende tilskuddsmottakere er ivaretatt gjennom en overgangsordning.

I 2019 ble det bevilget 230 mill. kroner til utvikling av tilbud til mennesker med behov for langvarig og sammensatt oppfølging. Det foreslås å bevilge 232 mill. kroner til dette formålet i 2020.

Rask psykisk helsehjelp

Formålet med ordningen er å stimulere kommuner til utvikling av Rask psykisk helsehjelp som en del av det kommunale tjenestetilbudet innen psykisk helse. Rask psykisk helsehjelp skal være et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for personer over 16 år med lettere og moderat angst og depresjon. Tilbudet skal være gratis for brukerne, det skal gi direkte hjelp uten henvisning, det skal være tilgjengelig for alle i målgruppen og inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål. Se også omtale under kap. 765, post 21.

Det ble i 2018 gitt tilskudd til drift av Rask psykisk helsehjelp (RPH) i 27 kommuner og bydeler. Det er totalt etablert RPH i 55 kommuner/bydeler.

Folkehelseinstituttet har evaluert pilotprosjektet. Modellen ser ifølge evalueringen ut til å fungere etter målsetningen. Tilbudet gis med lav terskel og når målgruppen godt, og effekten av behandlingen ser ut til å være minst like god som i sammenliknbare tjenester i andre land.

I tråd med omtalen i Prop. 1 S (2016–2017) ble ordningen fra 2018 gjort om til et etablerings-tilskudd. Implementeringen av Rask psykisk helsehjelp bidrar til oppfølgingen av Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021).

I 2019 ble det bevilget 21 mill. kroner til Rask psykisk helsehjelp. Det foreslås å bevilge 22 mill. kroner til formålet i 2020.

Anmodningsvedtak

Lavterskeltilbud psykisk helse for eldre i kommunene

Vedtak nr. 26, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen stimulere til etablering av lavterskel psykisk helsetilbud for eldre i flere kommuner.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, jf. Innst. 43 S (2018–2019).

Vedtaket er fulgt opp ved at regjeringen har lagt til rette for at kommunene har nødvendig kompetanse til å tilby lavterskel psykiske helsetjenester til sine innbyggere, uavhengig av alder. Gjennom innføring av kompetansekrav i lovverk, sammen med tilskuddet for rekruttering av psykologer til kommunene har regjeringen bidratt til nødvendig kompetanseoppbygging for å etablere slike tjenester. Det betyr imidlertid ikke at det legges til grunn at psykologkompetansen skal bindes opp i slike behandlingstilbud. Et konkret eksempel på hvordan slike tjenester kan organiseres er Rask psykisk helsehjelp, som det ytes tilskudd til over denne posten. Rask psykisk helsehjelp er en kunnskapsbasert måte å organisere et lavterskel psykisk helsetilbud for mennesker med milde til moderate angst- og depresjonslidelser. Tilbudet har en nedre aldersgrense på 16 år, men ingen øvre aldersgrense. I disse tilbudene har psykologen i kommunen ofte det faglige ansvaret, mens mye av behandlingen utføres av annet, særskilt opplært personell.

Post 62 Rusarbeid

Formålet med tilskuddet er å bidra til kapasitetsvekst i det samlede kommunale tilbudet til personer med rusproblemer for å gi et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Statistikken viser at det er kommet på plass om lag 2500 flere årsverk til rus og psykisk helsearbeid i perioden for opptrappingsplanen for rusfeltet. Stillingene benyttes i stor grad til å styrke innsatsområdene i opptrappingsplanen. Flest stillinger går til oppfølgingstjenester i bolig. Deretter kommer styrking av flerfaglige oppsøkende team og arbeid og aktivitet. Tidlig innsats for aldersgruppen 0–17 år og skadereduserende tiltak følger deretter.

Fylkesmennenes rapportering på tilskudd til kommunalt rusarbeid for 2018 viser at om lag 15 pst. av årsverksinnsatsen er innrettet mot personer med begynnende rusmiddelproblematikk. Hovedandelen av stillingene benyttes overfor personer med etablert rusmiddelproblematikk. 28 pst. av brukerne hadde svært lite eller ingen form for meningsfull aktivitet i 2018. Dette er riktignok en positiv utvikling fra 2014, hvor det var 42 pst. I 2018 var 4 pst. av mottakerne med rusmiddelproblemer under utdanning, mens 13 pst. var i arbeid (inkluderer også personer på NAV-tiltak som utgjør 1/3). Tallene for utdanning og arbeid var tilsvarende i 2017.

Kommunene vurderer at tilskuddsordningen i stor eller svært stor grad bidrar til å styrke det kommunale rusarbeidet (89 pst.) og bidrar til mer helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede tjenester (81 pst.). Den samlede måloppnåelsen for ordningen må vurderes som god.

Funnene i evalueringen av Opptappingsplanen for rusfeltet viser også at kommunene i stor eller svært stor grad har bidratt til å styrke brukermedvirkning på individnivå (77 pst.) og på systemnivå (42 pst.). Det er en stor andel erfaringskonsulenter/ansatte med brukererfaring som finansieres over ordningen. I 2018 er det rapportert 116 personer i stillinger som erfaringskonsulenter/ansatte med brukererfaring i stillingsprosenter som varierer fra 20 pst. til 100 pst. stilling. Det rapporteres om et større antall erfaringskonsulenter i hele stillinger enn året før.

Det rapporteres videre at innsatsen i større grad rettes inn mot aldersgruppen voksne (18–67 år) enn mot de under 18 og over 67 år. Langt flere stillinger går også til tjenester rettet mot personer med etablert rusmiddelproblematikk og samtidige psykiske helseutfordringer (ROP) enn mot tidlig innsats for unge.

En positiv trend knyttet til ordningen er at flere kommuner enn tidligere benytter tilskuddet til å styrke innsatsområdene knyttet til opptappingsplanen og at flere kommuner vurderer ordningen som viktig eller svært viktig for å styrke tjenestene til målgruppa.

I 2019 ble det bevilget 477,4 mill. kroner til ordningen. Det foreslås bevilget 492,5 mill. kroner til tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2020.

Anmodningsvedtak

Oppfølging av gravide med rusavhengighet

Vedtak nr. 43, 20. november 2018

«Stortinget ber regjeringen om å sikre at gravide med rusavhengighet får tettere oppfølging, og sørge for at det er nok plasser til å dekke behovet for behandling og oppfølging av kvinnene og barna.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:141 S (2017–2018), Innst. 38 S (2018–2019) I opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) er temaet omtalt. I de reviderte retningslinjene for svangerskapsomsorgen er det anbefalt at helsepersonell tilbyr gravide råd om faren ved skader på fostret ved bruk av rusmidler, samt tilbud om hjelp til å slutte. I Helsedirektoratets lansering av pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i januar 2019 er også pasientens familie og pårørendesituasjon omtalt og nødvendigheten av også å involvere disse. I tillegg vil Helsedirektoratet i løpet av tidlig høst 2019 lansere eget pakkeforløp for gravide og rus, hvor også familieperspektivet bli nærmere berørt. Videre vurderer også Helsedirektoratet å utgi eget pakkeforløp for familie og rus.

Tilbud til rusmisbrukere

Vedtak nr. 633, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at man utvider det oppsøkende tilbudet til tyngre rusmisbrukere, for eksempel gjennom en styrket satsing på feltsykepleiere.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:29 S (2017–2018), Innst. 215 S (2017–2018).

Vedtaket er fulgt opp gjennom Opptappingsplanen for rusfeltet, hvor utvikling av oppsøkende behandlingstilbud til mennesker med omfattende rusmiddelproblemer er et prioritert tiltak. Gjennom opptappingsplanen er tilskuddet til etablering av oppsøkende behandlingsteam styrket samtidig som kommunenes rammer for kommunalt rusarbeid er betydelig økt. I samme tidsrom har det vært markant vekst i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddellidelser. Sammen med økte bevilgninger til ideelle og frivillige organisasjoner på rusfeltet, gjør dette at rammene for innsatsen både fra stat, kommune og ideelle overfor mennesker med omfattende rusmiddelproblematikk er styrket.

Post 71 Brukere og pårørende

Bevilgningen dekker tilskudd til styrking av bruker- og pårørendearbeid, og videreutvikling av selvorganisert selvhjelp på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet.

Tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner

Formålet med tilskuddet er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet, slik at de kan fremme økt brukermedvirkning både individuelt og på systemnivå i utformingen av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Diagnose- og gruppenøytrale paraplyorganisasjoner for pårørende kan også motta støtte gjennom ordningen.

For å forenkle forvaltningen av tilskuddet er ordningen fra 2019 delt i et tilskudd til drift og informasjonsvirksomhet i bruker- og pårørendeorganisasjoner, og et tilskudd til lokalt og regionalt brukerarbeid og til prosjekter i regi av bruker- og pårørendeorganisasjoner.

I 2018 ble det gitt tilskudd til 53 ulike interesseorganisasjoner på psykisk helse- og rusfeltet. Disse organisasjonene har bidratt positivt til å fremme brukermedvirkning og blir hyppig benyttet i råd, utvalg og styrings- og arbeidsgrupper. I tillegg mottok de seks regionale brukerstyrte sentrene tilskudd gjennom ordningen. Disse er viktige møteplasser for brukere, pårørende, organisasjoner og fagmiljø, og drev i 2018 også utstrakt formidling av brukererfaringer.

I 2019 ble det bevilget 105 mill. kroner til bruker- og pårørendearbeid. Det foreslås bevilget 108 mill. kroner til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner i 2020.

Tilskudd til lokale og regionale brukerdrevne tiltak og til brukerstyrte prosjekter

Formålet med tilskuddet er å understøtte lokale og regionale brukerstyrte tiltak, initiativ og prosjekter som fremmer brukermedvirkning både individuelt og på systemnivå i utviklingen av tilbud til mennesker med psykisk helse- og/eller rus- og voldsutfordringer. Tilskuddet dekker også støtte til de regionale brukerstyrte sentrene og selvhjelpsgrupper mv.

I 2019 ble det bevilget 21 mill. kroner til tilskudd til lokale og regionale brukerdrevne tiltak og brukerstyrte prosjekter. Det foreslås bevilget 22 mill. kroner til formålet i 2020.

Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse arbeider for økt kunnskap om psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering, og er en paraplyorganisasjon med 30 medlemsorganisasjoner på tvers av bruker- og pårørendeorganisasjoner, humanitære organisasjoner, universiteter, høyskoler, profesjonsorganisasjoner og fagforbund. Rådet gir ut bladet Psykisk helse, arrangerer dialogkonferanser og initierer møteplasser og konferanser, driver utstrakt opplysningsarbeid og var i 2018 representert i 25 ulike komiteer og utvalg.

Trafikken til organisasjonens nettsider har økt betraktelig etter lanseringen av nye sider i 2016. Også antallet henvendelser til Rådet for psykisk helse har økt sterkt, noe som tilskrives økt synlighet i mediene og bruk av sosiale medier for å gjøre egne innsatsområder bedre kjent.

I 2019 ble det bevilget 3,9 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 4,2 mill. kroner i 2020.

Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS)

HBRS er en pasient- og brukerorganisasjon som arbeider for å informere og øke kunnskapen om kjønnsdysfori. HBRS har som mål å arbeide politisk og sosialt for at personer som går igjennom en kjønnskorrigerende behandling på Rikshospitalet skal kunne leve åpent, uten frykt for å bli sosialt utstøtt eller diskriminert.

I 2019 ble det bevilget 3 mill. kroner til HBRS. Bevilgningen foreslås økt til 3,6 mill. kroner i 2020.

Pårørendesenteret i Stavanger

Pårørendesenteret i Stavanger tilbyr pårørendeveiledning, kurs og undervisning til både pårørende og fagfolk lokalt og nasjonalt. Senteret driver også pårørendesenteret.no, et landsdekkende nettsted for pårørende og pårørendeprogrammet.no, et læringsverktøy for ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Det ble bevilget 5 mill. kroner til Pårørendesenteret i Stavanger i 2019. Bevilgningen foreslås videreført med 5 mill. kroner i 2020.

Selvhjelp

Målet med bevilgningen er å styrke det selvorganiserte selvhjelpsarbeidet i Norge, gjennom å fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet. Selvhjelp

Norge er koordinatoren for arbeidet med selvorganisert selvhjelp nasjonalt og regionalt, og består av et hovedkontor i Oslo og sju distriktskontorer. Gjennom distriktskontorene og hovedkontoret er det blitt avholdt over 200 foredrag, møter, arrangementer og kurs i 2018. Nasjonal plan for selvhjelp gikk ut i 2018, og det jobbes nå med å revidere planen for en ny fireårsperiode (2019–2022).

I 2019 ble det bevilget 18,5 mill. kroner til Selvhjelp Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 19 mill. kroner i 2020.

Verdensdagen for psykisk helse

Verdensdagen for psykisk helse markeres 10. oktober hvert år over hele verden. Målet er å øke befolkningens forståelse av egen psykisk helse, hva som bidrar til god og dårlig psykisk helse og å øke åpenheten om psykisk helse i samfunnet. Mental Helse koordinerer arrangementene som blir gjennomført i september og i oktober.

Teamet for kampanjen i 2018 var «Vær raus». Målet var å øke kunnskap og åpenhet om at alle har en psykisk helse, øke kunnskap om hva som gir gode levevaner og utfordre folk til å vise raushet i hverdagen. Gjennom kampanjeukene ble det satt ny rekord med 1500 markeringer over hele landet. Det var også høy aktivitet på sosiale medier. En befolkningsundersøkelse viser at folk synes at det er blitt mer åpenhet i samfunnet om psykisk helse, men at mange fremdeles har en større barriere for å være åpen om sine egne psykiske helseutfordringer.

I 2019 ble det bevilget 6,8 mill. kroner til Verdensdagen for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 7 mill. kroner i 2020.

Post 72 Frivillig arbeid mv.

Målet med bevilgningen er å støtte opp om frivillige eller ideelle organisasjoner som driver institusjonsbaserte dag- og døgntiltak med oppfølging, rehabilitering og ettervern av personer med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring. Tiltakene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor personer med rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester

Rapporteringen viser at formålet med å styrke samarbeid med kommunene har noe lav målopp-

nåelse. Tiltakene skulle bidra til at kommunene har tilgang på institusjonsplasser slik at de kan oppfylle sitt sørge-for-ansvar etter Helse- og omsorgstjenesteloven. Rapporteringen viser imidlertid at tiltakene er for lite etterspurt fra kommunene. Helsedirektoratet har for 2018 mottatt fullstendig rapportering fra 13 av 16 tiltak som samlet har rapportert om lag 370 døgnplasser. Disse oppgir å ha produsert nærmere 80 000 liggedøgn. Det tilsvarer en kapasitetsutnyttelse på om lag 70 pst., en ytterligere nedgang fra året før.

Frelsesarmeen drifter Gatehospitalet i Oslo og rapporterer om 6204 liggedøgn i 2018 fordelt på 227 pasienter, hhv. 142 menn og 85 kvinner. Dette utgjør et belegg på 71 pst. for 2018.

Etableringen av et Gatehospital i Bergen følger av vedtak i Innst. 11 S (2015–2016), hvor det ble bevilget 20 mill. kroner til etablering av et gatehospital i Bergen etter mønster fra Oslo. Det er forventet at avdelingen i Bergen skal åpne for full drift fra og med 2020.

Helsedirektoratet rapporterer at kommunene har stilt dekningsgaranti for om lag 20 pst. av totalt forbrukte liggedøgn ved den type institusjoner som mottar tilskudd over ordningen. Den lave kapasitetsutnyttelsen tyder på at det er en overkapasitet når det gjelder denne typen tilbud. Mange av tiltakene rapporterer også om lav andel ansatte med helse- og sosialfaglig kompetanse, og det brukes i utstrakt grad frivillige for å dekke driften. Helsedirektoratet understreker at det er et risikoelement som kan bidra til lavere kvalitet på oppfølgingen av den enkelte bruker. Et stort antall døgnplasser som tilbys uten avtale med kommunen kan bidra til en fragmentering av tjenestene og en uthuling av pasientenes rettigheter.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud

Formålet med ordningen er å støtte opp om frivillige og ideelle virksomheter som driver aktivitets- og oppfølgingstilbud overfor personer med rusmiddelproblemer eller prostitusjonserfaring. Tiltakene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Tiltakene skal som en hovedregel komme i tillegg til de ordinære, lovpålagte oppgavene som utføres i regi av kommunene.

Rapporteringen viser at ordningen i hovedsak oppfyller sitt formål om å støtte opp om frivillige virksomheter og bidrar til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Tilskuddene bidrar til et variert tilbud om fysisk aktivitet, hvor gatefotball er den største, men også nye

grener som hest, ski og sykkel er i gang. Andre sosiale aktiviteter og samlingsplasser, hvorav flere inkluderer arbeidskvalifiserende tiltak som sykkelverksted eller kafédrift, er en annen stor mottakergruppe. Det er imidlertid få søkere som vektlegger aktivitet og oppfølging av personer med prostitusjonserfaring. Geografisk blir det lengre mellom tiltakene jo lenger nord i landet man kommer. Hovedtyngden av tiltak befinner seg i de store byene, og det kan være behov for å stimulere til etablering av frivillige tiltak også i mindre kommuner.

Det er i relativt liten grad dokumentert samarbeid med kommunene i form av samarbeidsavtaler eller som en del av rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Så selv om flere av tiltakene rapporterer om overordnede samarbeidsavtaler, er det i liten grad dokumentert i hvilken grad tiltakene fyller kartlagte behov i kommunene. Imidlertid er det relativt store frivillige bidrag, noe forteller om stort lokalt engasjement. Flere av søkerne har også samarbeid med lokalt næringsliv, f.eks. i form av bidrag til matutdeling.

Fra og med 2020 er reglementet for tilskuddsordningen endret og vil omfatte tiltak til både rus og psykisk helse med krav til tilskuddsmottakerne om å ha system for brukerinvolvering og samarbeid med pårørende.

I Innst. 11 S (2018–2019) vedtok Stortinget å øke tilskuddene til dette arbeidet med 42,4 mill. kroner og videre øremerke med følgende fordeling: Frelsesarmeen Gatehospitalet Oslo 45 mill. kroner, Evangeliesenteret 33 mill. kroner, Stiftelsen P22 Oslo med 20 mill. kroner, Stiftelsen Kraft 3 mill. kroner, Sammen om nøden 6 mill. kroner, Retretten 4 mill. kroner, No Limitation 6 mill. kroner, Pårørendesenteret 6 mill. kroner og Rio Restart/Blå Kors recovery med 1,6 mill. kroner. Videre ble det bevilget støtte til et medikamentfritt behandlingstilbud ved Fjordhagen behandlingssted med 2 mill. kroner.

I Innst. 39 S (2018–2019) ble tiltaket P22 i Oslo økt med 2,1 mill. kroner.

Det foreslås å videreføre disse øremerkingene i 2020:

- Frelsesarmeen Gatehospitalet Oslo: 46,4 mill. kroner
- Evangeliesenteret: 34 mill. kroner
- Stiftelsen P22 Oslo: 22,8 mill. kroner
- Sammen om nøden: 6,2 mill. kroner
- No Limitation: 6,2 mill. kroner
- Pårørendesenteret: 6,2 mill. kroner
- Retretten: 4,1 mill. kroner
- Stiftelsen Kraft: 3,1 mill. kroner
- Fjordhagen behandlingssted: 2,1 mill. kroner
- Rio Restart/Blå Kors recovery: 1,6 mill. kroner

Det foreslås også å øremerke 29 mill. kroner til Frelsesarmeen Gatehospitalet Bergen.

I 2019 ble det bevilget om lag 352 mill. kroner til disse to ordningene. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2020.

Tilskudd til hjelpetelefoner og nettjenester

Formålet med bevilgningen er drift av Kirkens SOS krisetjeneste, Mental Helses hjelpetelefon, Blå Kors SnakkOmMobbing.no, Vern for eldre – Nasjonal kontakttelefon og City Changers samtaletilbud.

Kirkens SOS er en krisetjeneste med døgnåpen telefontjeneste hele året, i tillegg til SOS-chat og SOS-meldinger. I 2018 ble det mottatt 156 593 henvendelser og SOS-chat gjennomførte 11 895 samtaler. Mottatte SOS-meldinger økte med 10 pst. og antall svar sendt med 35 pst.

Mental Helses hjelpetelefon er et gratis og døgnåpent tilbud, som er tros- og diagnosenøytralt. I tillegg til hjelpetelefonen, består tjenesten av meldingsbesvarelse, chat, forum og vennetjeneste. Hjelpetelefonen besvarte 54 674 henvendelser i 2018, Sidetmedord.no fikk 60 399 henvendelser. I forumet ble det gjennomgått totalt 7557 poster. Chattilbudet hadde 3300 dialoger.

Blå Kors SnakkOmMobbing.no er en anonym, nasjonal chattetjeneste. Tjenesten er Norges første spissede lavterskeltilbud for barn og unge i alderen 9–19 år, hvor alle som er berørt av mobbing kan henvende seg. I 2018 har nettsiden hatt stabil trafikk med omkring 35 000 treff. 5 421 henvendelser på chat er besvart. Høsten 2018 ble egen YouTube-kanal lansert.

Vern for eldre – Nasjonal kontakttelefon gir støtte, informasjon, råd og veiledning til voldsutsette eldre (over 62 år), pårørende, ansatte i det offentlige tjenesteapparatet og andre som har mistanke om overgrep mot eldre. Målet er også å bidra til at temaet vold mot eldre synliggjøres. Kontakttelefonen mottok 102 meldinger i 2018. Nedgang i antall henvendelser har dermed fortsatt. Dette begrunnes bl.a. med endringer i organisering av tilbudet. Det arbeides med å gjøre tjenesten bedre kjent.

I Innst. 11 S (2018–2019) vedtok Stortinget å øremerke bevilgninger med 1 mill. kroner til samtaletilbudet City Changers, samt å øke bevilgningene til Mental helse sitt samtaletilbud med 1,2 mill. kroner og til Kirkens SOS sitt samtaletilbud med 0,2 mill. kroner. Disse øremerkingene foreslås videreført.

I 2019 ble det bevilget 44,1 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med

45,5 mill. kroner i 2020 fordelt på 20 mill. kroner til Kirkens SOS krisetjeneste, 19,8 mill. kroner til Mental Helses hjelpetelefon, 3,4 mill. kroner til Blå Kors SnakkOmMobbing.no, 1,2 mill. kroner til Vern for eldre – Nasjonal kontaktteltelefon og 1 mill. kroner til City Changers.

Post 73 Utviklingstiltak mv.

Formålet med bevilgningen på posten er å styrke befolkningens kunnskap om psykisk helse, rus- og voldsproblematikk, øke den samlede kompetansen i helsetjenestene og bidra til utviklingsarbeid på særskilte satsningsområder. Kommunal sektor skal prioriteres.

Det foreslås å flytte 5 mill. kroner til kap 732, post 72–75 i forbindelse med utfasing av den individuelle tilskuddsordningen for videregående utdanning i psykoterapi og psykoanalyse.

Forandringsfabrikken

PsykiskhelseProffene ved Forandringsfabrikken er et utviklingsarbeid med unge og fagfolk i psykisk helsevern. Hovedmålet med arbeidet er at barn og unges erfaring bidrar inn i kvalitetsutvikling av psykiske helsetjenester og bidrar til at psykisk helsevern i større grad samarbeider med barn og unge.

I 2018 har Forandringsfabrikken (FF) presentert anbefalinger til god praksis – for et psykisk helsevern som kjennes samarbeidende, trygt og nyttig for barn. Dette er resultat av et samarbeid mellom unge og fagfolk. De har også gjennomført flere undersøkelser blant barn og unge med erfaring fra psykisk helsehjelp. Resultatene fra undersøkelsene er oppsummert, og brukes inn i utviklingsarbeid, formidlingsarbeid og påvirkningsarbeid. PsykiskhelseProffene har i 2018 også etablert dialog med flere kommunale psykiske helsetjenester som er invitert inn i prosjektet MITT LIV Psykisk helse.

I 2019 ble det bevilget 6,7 mill. kroner til Forandringsfabrikken. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 6,9 mill. kroner i 2020.

Stimuleringstiltak for psykologer

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Dobbelkompetanse i psykologi ble etablert for å bedre tilgangen på kvalifiserte søkere til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helsevesenet som krever både klinisk og forskningsmessig kompetanse. Prosjektet omfatter utdanningsløp for 30 stipendiater og spesialistkandidater. Totalt har 26 av kan-

didatene avlagt doktorgrad i prosjektet og 28 kandidater er ferdige med spesialistutdanningen, 25 av kandidatene er helt ferdig med dobbelkompetanseløpet sitt.

Fordi det er noen kandidater som ikke har fullført dobbelkompetanseløpet, ble det bevilget 1,2 mill. kroner til formålet i 2019. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1,2 mill. kroner i 2020.

Institutt for sjelesorg ved Modum bad

Institutt for sjelesorg er en del av Modum bad, og tilbyr rekreasjonsopphold med sjelesorgsamtaler, veiledning og utdanning i sjelesorg. I 2018 mottok 324 personer sjelesorgsamtaler, og det ble gjennomført 11 kurs for om lag 200 personer.

I 2019 ble det bevilget 1,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1,6 mill. kroner i 2020.

Institutter og foreninger

Tilskuddsordningen har til formål å bidra til økt kompetanse i psykisk helse. Tilskuddsordningen som retter seg mot institutter og foreninger (som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse), er nedfelt i forskrift om tilskudd til institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse.

Som en del av denne tilskuddsordningen gis det midler til Tilskuddsordning for videregående utdanning i psykoterapi og psykoanalyse (TVUPP). Kandidater kan søke om individuell støtte til videre- eller spesialistutdanning i bl.a. psykoterapi eller psykoanalyse. Søknader om individuell støtte behandles av et samarbeidsorgan bestående av representanter fra aktuelle institutter etter avtale med Helsedirektoratet. Ordningen med individuelle tilskudd er ikke forankret i forskriften.

I 2019 ble det bevilget 33,1 mill. kroner til institutter og foreninger som driver etter- og videreutdanning innen psykisk helse, hvorav om lag 5 mill. kroner gikk til individuell støtte til etter- og videreutdanning. Det foreslås at den individuelle støtteordningen fases ut fra 2020 og midlene, 5 mill. kroner, overføres de regionale helseforetakene (RHF) som ledd i det alminnelige arbeidsgiveransvaret for etter- og videreutdanning. RHF forutsettes i samarbeid med Helsedirektoratet å sørge for at nødvendige utdanningsformål blir ivaretatt. Kandidater som er inne i utdanningsløp må sikres mulighet til å fullføre dette. Fra 2020 gis det ikke støtte til ny kandidater over gammel ordning.

Bevilgningen til instituttene og foreningene foreslås videreført.

Seprep

Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (Seprep) ble etablert i 1990 og har over tid fått tilskudd til et tverrfaglig utdanningsprogram for behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Over 3000 kandidater har fullført programmet. Tilskuddsmidler til utdanningsprogrammet ble fra 1. januar 2019 overført til Kunnskapsdepartementets budsjett for videreføring til VID vitenskapelige høyskole på permanent basis. Dette sikrer videre drift av programmet i henhold til kravene i revidert studieforskrift.

Arbeid og psykisk helse

Formålet med bevilgningen er å bidra til at mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, komme i ordinært lønnet arbeid og beholde tilknytningen til arbeidslivet. Angst- og depresjonslidelser ligger bak en stor andel av sykefraværet i Norge. Tilknytningen til arbeidslivet er både en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling. Et styrket samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og NAV vil være tjenlig både for den enkelte bruker og for samfunnet som helhet.

Individuell jobbstøtte (IPS) bidrar til at mennesker med moderate og alvorlige psykiske helse- og rusproblemer kommer i ordinært lønnet arbeid. Jobbmestrende oppfølging (JMO) er en metode for arbeidsrehabilitering av personer med psykoselidelser.

Som ledd i regjeringens inkluderingsdugnad ble i 2019 arbeidet med å spre Individuell jobbstøtte (IPS) styrket. For nærmere omtale av inkluderingsdugnaden, se Prop. 1 S (2019–2020) Arbeids- og sosialdepartementet.

I 2018 innvilget Helsedirektoratet tilskuddsmidler til 53 virksomheter, en økning fra 27 virksomheter i 2017. 30 av virksomhetene fikk innvilget tilskuddsmidler til IPS for første gang i 2018. Kun en virksomhet tilbyr JMO alene, mens tre virksomheter tilbyr både JMO og IPS. Det er etablert IPS i alle landets fylker, men tilbudet har varierende kapasitet og utbredelse innad i det enkelte fylke.

Om lag 1200 personer har gjennom disse virksomhetene fått et tilbud i 2018, og 44 pst. har kom-

met i ordinært lønnet arbeid eller har startet opp utdanning. Rapporteringen for 2018 viser at antallet kontakter med arbeidsgivere er om lag 4500.

I 2019 ble det bevilget 43 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført med 44 mill. kroner i 2020.

Fontenehus

Formålet med bevilgningen er å bidra til etablering av flere fontenehus, sikre videre drift i eksisterende fontenehus og bidra til drift av paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge.

På fontenehusene arbeider medlemmer og ansatte sammen i et helsebringende arbeidsfellesskap bygget på de grunnleggende menneskelige behovene for å bli sett, hørt, være nyttig, mestre og tilhøre et fellesskap. I fontenehusene finner mennesker med psykiske helseutfordringer støtte på veien til lønnet arbeid, studier og til å ta tilbake kontroll i eget liv.

I 2018 ble det gitt tilskudd til 12 eksisterende fontenehus, samt etablering av nye fontenehus i Trondheim og Gjøvik og bevilgning til paraplyorganisasjonen Fontenehus Norge. En arbeids- og studieundersøkelse utført i 2018 viser at:

- 42 pst. av medlemmene enten var i jobb eller studier
- 92 pst. av medlemmene mente at deltakelse på fontenehusene har gitt dem bedre helse
- 84 pst. rapporterte om redusert behov for helsetjenester
- 57 pst. har redusert behov for innleggelses eller akutt hjelp
- 65 pst. mente at fontenehuset har gitt dem økt tro på at de kan komme tilbake til arbeidslivet

I 2019 ble det bevilget 37,5 mill. kroner til fontenehusene og Fontenehus Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 38,5 mill. kroner i 2020.

Arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme

Formålet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse i helsetjenestene om radikaliserings og voldelig ekstremisme, og å styrke kompetansen i helsetjenesten om behandling av traumer hos voksne.

Regjeringen vedtok i 2014 Handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. På helsefeltet er det tiltak knyttet både til forskning og til økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Planen rullerer fortløpende og arbeidet ble fra 2015 styrket med 7,5 mill. kroner over denne pos-

ten til tiltak for å styrke kompetansen i kommunene og bedre traumebehandling av voksne innenfor spesialisthelsetjenesten.

Siden 2014 har man utviklet betydelig kompetanse i alle landets regioner i forebygging og identifisering av radikaliserings i tråd med kunnskapsgrunnlaget utarbeidet av EUs Radicalization Awareness Network (RAN). I regi av de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har man videreutviklet kurspakker tilpasset ulike norske målgrupper. Et større antall kommuner har deltatt i opplæringen på tjenesteyter- og ledernivå. I tråd med handlingsplanen er det utviklet en web-basert modul om voldelig ekstremisme som i 2017 ble utvidet med en modul tilpasset ansatte i kriminalomsorgen, utveier.no. Kunnskapsportalen oppdateres og videreutvikles fortløpende med utgangspunkt i behov hos målgruppene. Det finnes videre behov for opplæring i kommunene om ivaretagelse av returnerte fremmedkrigere og deres familier, derunder bistand til etablering, kursing og veiledning av mentornettverk. Samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og kriminalomsorgen ved løslatelse av fremmedkrigere skal vies oppmerksomhet, og det er behov for veiledning og kompetanseheving av fengselshelsetjenesten.

Arbeidet med opplæring av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten i traumebehandling for barn (TF-CBT) har pågått over flere år og finansieres over post 75. Fra 2016 har det vært bevilget midler over denne posten til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner for traumer for voksne. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har ansvar for gjennomføringen. I 2018 har 20 allmennpoliklinikker rundt om i landet deltatt i senterets arbeid for implementering av kunnskapsbasert traumebehandling til voksne. 101 terapeuter har fått opplæring i kartlegging og utredning av PTSD, samt tre dagers opplæring i Eye Movement Desensitization Therapy (EMDR) og i kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) i samarbeid med EMDR Norge og Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT). Behandlingsarbeidet er igangsatt og over 150 pasienter har fått tilgang på behandlingen for PTSD som de ellers ikke ville fått.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 2,9 mill. kroner til RVTSene for videre utvikling, opplæring og veiledning i arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,6 mill. kroner til NKVTS som i samarbeid med

RVTSene skal utvikle og implementere kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner slik at helsetjenestene får økt spesialkompetanse i traumebehandling for voksne.

Studenters psykiske helse

Formålet med bevilgningen er å styrke studenters psykiske helse og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk, enten gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak eller gjennom utvikling av tjenestetilbud.

Fra 2019 ses tilskuddet til rusforebyggende arbeid blant studenter og dette tilskuddet i sammenheng, jf. omtale under kap. 714, post 70. Det ble bevilget 15 mill. kroner til formålet i 2019. Bevilgningen foreslås videreført med 15,5 mill. kroner i 2020.

Seksuelle minoriteter

Formålet med bevilgningen er å støtte arbeidet med å informere om psykisk helse og forebygge psykisk uhelse i gruppene av seksuelle minoriteter. Bevilgningen dekker tilskudd til Ungdomstelefonen til Skeiv Ungdom og Rosa kompetanseprosjektet til Fri.

I 2018 hadde Rosa kompetanse 60 undervisningsoppdrag. I løpet av 2018 kurset de i overkant av 2200 ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Egenevalueringene av undervisningsoppdragene viser at mottakerne opplever høy nytte og relevans. Ungdomstelefonen til Skeiv Ungdom hadde i snitt 60 henvendelser (telefon, chat og melding) i måneden. Flertallet av henvendelsene kommer fra unge mellom 15 og 17 år.

I 2019 ble det bevilget 2,5 mill. kroner til ordningen. Det foreslås å videreføre øremerkede tilskudd på 2,6 mill. kroner til Skeiv Ungdom og Fri i 2020.

Post 74 Kompetansesentre

Det foreslås ingen vesentlige endringer ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I.

Formålet med bevilgningen er drift av nasjonale og regionale kunnskaps- og kompetansesentre innen psykisk helse- og rusområdet. Kunnskaps- og kompetansesentrene som mottar midler over denne posten driver viktig kunnskapsformidling til, og kompetanseheving i ulike tjenester, og bidrar til å sikre god og lik tilgang på oppdatert kunnskap i tjenestene.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Senteret skal være en brobygger i møtet mellom erfarings- og fagkompetanse innen psykisk helsefeltet ved å samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendekunnskap.

Gjennom å bygge en kunnskapsbase om erfaringskompetanse skal senteret avdekke kunnskapsmangler og styrke forskernettverk rundt et brukerperspektiv. Videre skal senteret ivareta relasjoner til enkeltpersoner, brukerorganisasjoner, regionale brukerstyrte sentre, fag- og forskningsmiljøer, tjenesteapparat, politikere og samfunn.

Senteret har i 2018 videreført sine generelle oppgaver, samt iverksatt viktige tiltak innen kunnskapsutvikling og forskning. Bl.a. har senteret påbegynt en forskningspilot som skal undersøke hvordan fagpersoner forstår og bruker erfaringskunnskap i samarbeid med brukere og pårørende, og har videre gitt ut to forskningsrapporter om erfaringsmedarbeidernes forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester og rapporten Samarbeid om gode løsninger – pårørendes bidrag til forebygging, reduksjon og kvalitetssikring av tvang i psykiske helsetjenester.

I 2019 ble det bevilget 12 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 12 mill. kroner i 2020.

De regionale kompetansesentrene – Rus

De syv regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) skal bidra til å styrke kunnskapen og kompetansen på rusfeltet. Virksomheten favner hele rusfeltet fra alkoholloven til tverrfaglig spesialisert behandling, og skal bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet, gjennom formidling og støtte til å implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier i de enkelte regionene. Kompetansesentrene retter seg mot kommunale og statlige tjenester, og har et særlig ansvar for innsatser i kommunene. Sentrene skal gjennomføre målrettede tiltak for å styrke kompetansen innen forebygging og oppfølging av personer med behov for helhetlige og koordinerte tjenester i kommunene.

I 2018 har KoRus videreført arbeidet overfor kommunene gjennom forankring av rusmiddelforebyggende arbeid og folkehelsearbeid. Rapporteringen for 2018 viser i gjennomsnitt at KoRus nasjonalt har kontakt med 86 pst. av kommunene, og av disse oppgir 92 pst. at de er svært fornøyd

eller fornøyd med kontakten. Mer enn halvparten av kommunene svarer at de har samarbeidstiltak med KoRus, en oppgang på 12 prosentpoeng fra 2017.

Sentrene har bistått kommunene i kartleggings- og oversiktsarbeid, og det er nå gjennomført standardiserte Ungdata- og Brukerplan-kartlegginger i over 85 pst. av kommunene på landsbasis.

Sentrenes bistand til kommunenes arbeid med ansvarlig alkoholhåndtering (AAH) og tidlig innsats er også videreført i 2018. KoRus står sentralt i arbeidet med å spre arbeidsmetoden Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Mer enn 100 kommuner blir fulgt opp av KoRus gjennom utvikling og implementering av BTI.

KoRusene har hatt høyt aktivitetsnivå knyttet til gjennomføringen av Opptappingsplanen for rusfeltet. I 2018 har det vært særlig fokus på å fortsette samarbeidet med Fylkesmannen og kompetansemiljøene om opptappingsplanen, samt å integrere flere av KoRus sine arbeidsområder direkte inn i arbeidet knyttet til planen. BrukerPlan, BTI, Recovery-læringsnettverk og brukermedvirkning har vært prioritert i samarbeid med Fylkesmannen. KoRus har jevnt over styrket sitt samarbeid med brukerorganisasjonene i utviklingen av sitt tilbud. I de ulike øvrige samhandlingsnettverk KoRus deltar i er planen blitt vist til og det er iverksatt initiering av implementeringsprosesser. KoRus Midt og KoRus Oslo har tatt del i Arbeidsutvalg for Opptappingsplanen for rusfeltet, og gitt bidrag til utviklingen av strategidokument for prioriterte innsatser knyttet til oppfølgingen av planen.

I 2019 ble det bevilget 87 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene – Rus. Det foreslås 87 mill. kroner til formålet i 2020. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. I tillegg foreslås det 38,7 mill. kroner til kompetansesentrenes forebyggende arbeid, jf. kap. 714, post 21.

Samtidig rus- og voldsproblematikk er alvorlig og kan ha store konsekvenser, både for den voldsutsatte og voldsutøver, men også for tredjepart og samfunnet. Mange i behandling for rusproblemer har erfaring som voldsutsatte og/eller voldsutøvere.

KoRusene og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) fikk i 2017 i oppdrag å utvikle og implementere kunnskapsmoduler på området rus og vold. Oppdraget er en del av tiltakene i Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Arbeidet er organisert som det nasjonale samarbeidsprosjektet Kompetanseutvikling

rus og vold ledet av KoRus Midt i samarbeid med RVTS Midt, og er planlagt ferdigstilt i 2020. I 2018 er det utført en kunnskapsammenstilling om rus, vold og integrert behandling, og arbeidet med utvikling av kunnskapsmoduler er startet opp.

I 2019 ble det bevilget 3 mill. kroner til kompetanseutvikling på området rus og vold. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 3,1 mill. kroner i 2020. Kunnskapsmodulene skal ferdigstilles senest våren 2020, og implementeringen igangsettes senest høsten 2020.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Bevilgningen går til drift av Regionalt kunnskaps-senter for barn og unge – psykisk helse og barnevern (RKBU) i Tromsø, Trondheim og Bergen, samt Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP) øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved RBUP øst og sør. Målet er å styrke kompetanse- og kunnskapsutvikling i arbeidet med barn og unge. Sentrene støtter kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling, og driver kompetansebygging, tjenesteutviklende forskning og kunnskapsformidling. Slik bidrar de til effektivt folkehelsearbeid, til kunnskapsbasert og brukero-riert praksis i tjenestene, og til at tjenestene oppnår bedre resultater blant sine målgrupper. Kunnskaps- og kompetansesentrene i regionene skal tilby tjenestene et differensiert og likeverdig tilbud. Tilbudet skal utvikles i partnerskap med tjenestene og brukerne.

I 2018 rapporterer 64 pst. av kommunene at de har vært i kontakt med RKBU/RBUP. Av kommunene som har vært i kontakt med sentrene er 89 pst. fornøyd eller svært fornøyd med tilbudet de har fått.

I 2020 skal arbeidet med å understøtte Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse prioriteres. Ledere i helse- og omsorgstjenestene og barnevernet må få god hjelp til å arbeide på en systematisk, sammenhengende og kunnskapsbasert måte, slik at det går bedre med sårbare barn, unge og familier.

I 2019 ble det bevilget totalt 181 mill. kroner til regionsentrene og sped- og småbarnsnettverket. I 2020 foreslås det å videreføre bevilgningen med 181 mill. kroner til RKBU i Midt-Norge, Vest og Nord, samt RBUP øst og sør i Oslo og sped- og småbarnsnettverket ved RBUP øst og sør.

Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Bevilgningen går til drift av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA). Senteret ble opprettet for å øke forskning og styrke kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Prioriterte oppgaver for senteret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. Videre skal senteret samarbeide med relevante fag- og kompetansemiljøer, og vurdere behov for kompetansehevede tiltak. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet. Kontakt med kommuner, ulike nettverk, brukerorganisasjoner og andre fagmiljøer er sentralt i NAPHAs arbeid med innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. For å ivareta det lokale arbeidet har senteret organisert sitt arbeid i fem regionale team. Et nært samarbeid med fylkesmennene er etablert, og vurderes som meget viktig for nettverksarbeid, fag- og prosjektutvikling.

I 2018 har NAPHA hatt et særlig fokus på å spre nasjonale helsepolitiske satsinger regionalt, i størst grad satsingene ACT/FACT, Rask psykisk helsehjelp og rekruttering av psykologer i kommunene. Napha har i inneværende år også samlet flere interne satsinger og prosjekter som handlet om brukerinvolvering og recovery til ett prosjekt: brukerinvolvering i tjenestene. I 2018 har NAPHA vært arrangør eller medarrangør på 82 konferanser og seminarer, og bidratt i flere fag- og kompetansenettverk der kommunalt ansatte, brukere og andre involverte i psykisk helsearbeid møtes. Senteret er etterspurt av kommuner for råd, veiledning og opplæring, og tilstreber å få inn brukerperspektivet i alt sitt arbeid. I alle regioner er det et tett samarbeid med kompetansesenteret for rus (KoRus), bl.a. om BrukerPlan.

Det ble bevilget 25,9 mill. kroner som øremerket tilskudd i 2019. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 25,9 mill. kroner i 2020.

Post 75 Vold og traumatisk stress

Det foreslås:

- å flytte 7,2 mill. kroner til kap. 765, post 21 for å anskaffe en rammeavtale om beredskap og rådgivning innen vold og traumatisk stress
- å flytte 0,9 mill. kroner fra kap. 451, post 01, knyttet til tverrfaglige ressurser og veiledningsfunksjoner om radikalisering og voldelig ekstremisme.

- å redusere posten med 4,5 mill. kroner knyttet til ferdigstilling av datainnsamling ifb. studie etter 22. juli.

Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i ulike deler av tjenesteapparatet om forebygging av vold, traumatisk stress og selvmord/selvskading, samt behandling av allerede oppståtte skader hos rammede. Tiltak for å styrke kompetansen og tilbudet overfor voldsutøvere er inkludert. Posten omfatter også midler til forskning på feltet, arbeid med menneskehandel og prostitusjon og arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Det vises for øvrig til kap. 765, postene 21, 73 og 74, der det ytes tilskudd til flere utrednings- og kompetanse-tiltak innen vold- og traumefeltet.

Opptappingsplan mot vold og overgrep

Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep ble vedtatt våren 2017. Opptappingsplanen følges opp av flere departementer, og Barne- og familiedepartementet koordinerer arbeidet.

Regjeringen foreslår for 2020 å øke den samlede bevilgning til opptappingsplanen med ytterligere 54 mill. kroner. Av dette er det under Helse- og omsorgsdepartementet foreslått bevilget 31,5 mill. kroner. 12,5 mill. kroner foreslås bevilget til etablering av et helhetlig tilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, se nærmere omtale under kap. 765, post 21. 19 mill. kroner foreslås bevilget til å styrke behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep, se nærmere omtale under kap. 734, post 21.

Opptappingsplanens tiltak om å utrede forløp for voldsutsatte og voldsutøvere gjennomføres som et utviklingsprosjekt av NKVTS. Folkehelseinstituttet publiserte rapport og elektronisk kart over eksisterende studier i mai 2019, om kunnskapsgrunnlag for behandlingstilbud til voldsutsatte og voldsutøvere. Elektronisk veileder for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner ble publisert i 2018. Veilederen er tredelt: helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold mot barn, vold mot vokse og med voldsutøvere. NKVTS utreder oppfølgings- og samhandlingsforløp for voldsutsatte barn og omsorgsgivere, herunder utredning av en voldsinformert tiltakskjede i kommunen (Stepped-care TF-CBT). Målet med delprosjektet er at kommunene skal få kompetanse til å tilby hjelp til flere utsatte barn, gi hjelp på et tidlig tidspunkt og at samarbeidet mel-

lom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten skal bli bedre. Bevilgningen foreslås videreført i 2020 med 6 mill. kroner.

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har i samarbeid med Brøset ansvar for å bidra til at kommunene har kompetanse i sinnemestring og arbeid med overgripere. Brøset fikk i 2019 midler til utvikling av en strategi, i samarbeid med RVTS, for videreutvikling av sentrenes arbeid med kompetanse om og tilbud til voldsutøvere. Det er nå behov for en overordnet strategi for helhetlig og planmessig utvikling av arbeidet rettet mot voldsutøvere og overgripere. Viktige bidragsyttere til utvikling av en overordnet strategi vil blant annet kunne være NKVTS og ATV, i tillegg til Brøset og RVTS. Det foreslås å bevilge 1 mill. kroner til overordnet strategiarbeid i 2020.

I 2019 ble det for første gang bevilget 3 mill. kroner til Program for folkehelsearbeid i kommunene for at arbeid mot vold og overgrep kan utvikles i tråd med forebyggende psykisk helse- og rustiltak i programmet. Midlene er tildelt Vestfold og Telemark fylkeskommuner. Det vises til omtale av folkehelseprogrammet under kap. 714, postene 21 og 60. Bevilgningen til folkehelseprogrammet over denne posten foreslås videreført i 2020 med 3,1 mill. kroner.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Formålet med bevilgningen er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Videre er målet å bidra til internasjonalt samarbeid på feltet. Bevilgningen dekker Helse- og omsorgsdepartementets del av grunnbevilgningen til NKVTS, som ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. Det er et frittstående og faglig uavhengig senter, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og familiedepartementet.

NKVTS har et tverrfaglig og interdisiplinært perspektiv og omfatter både biologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og rettslige forhold. Senteret legger særlig vekt på forhold rundt etnisitet og alders-/kjønnsdimensjoner.

Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold i nære relasjoner, katastrofer og stressmestring, herunder veteraners helse, traumatiserte flyktninger, mindreårige asylsøkere, seksuelle og fysiske overgrep mot barn, herunder kjønnslemlestelse, samt arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Grunnbevilg-

ningen dekker også senterets oppgaver knyttet til helsemyndighetenes tiltak i flere tverrdepartementale handlings- og opptrappingsplaner. NKVTS hadde ved utgangen av 2018 40 pågående forsknings- og utviklingsprosjekter, fordelt på de tre hovedområdene 1) vold og overgrep i nære relasjoner 2) katastrofer, terror og stressmestring og 3) tvungen migrasjon og flyktningehelse.

NKVTS har gjennomført tre datainnsamlinger gjennom semistrukturerte intervjuer med overlevende, pårørende og etterlatte etter 22. juli. Forskningen basert på disse innsamlingene har gitt uvurderlig kunnskap om tilstanden for de berørte, men har også vært helt avgjørende for å forbedre tjenestenes arbeid med kriser og katastrofer. I tråd med anbefalingene fra nasjonal støttegruppe etter 22. juli, ble det i 2019 bevilget 4,5 mill. kroner til NKVTS for å gjennomføre en fjerde datainnsamling. Datainnsamlingen gjennomføres i 2019 og er fullfinansiert med bevilgningen på 4,5 mill. kroner.

Fra juli 2019 ble aksjene i NKVTS AS overdratt fra Unirand til Norce. Eierskiftet innebærer at NKVTS ikke lenger direkte kan tildeles oppdrag i medhold av unntaket i anskaffelsesregelverket om utvidet egenregi. For å sikre at sentrale rådgivnings- og beredkapsoppgaver kan håndteres også i framtiden, foreslås det å trekke ut 7,2 mill. kroner av NKVTS sin grunnbevilgning for å gjennomføre en anskaffelse av en rammeavtale innenfor rådgivning og beredskap på volds- og traumeområdet.

I 2019 ble det bevilget 41 mill. kroner til formålet. 7,2 mill. kroner foreslås overført til post 21 for rammeavtale, og det foreslås bevilget 35 mill. kroner i grunnbevilgning til NKVTS i 2020 over denne posten.

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

Målet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i regionene på områdene vold, traumer og selvmordsforebygging. Bevilgningen går til drift av dem fem RVTSene: RVTS Sør, RVTS Øst, RVTS Vest, RVTS Midt og RVTS Nord. Bevilgningen skal dekke sentrenes primære oppgaver, som er å sørge for undervisning, veiledning, informasjon og nettverksbygging på volds- og traumeområdet. Sentrene skal understøtte og bistå den forebyggende virksomheten og være en tjeneste for tjenestene i kommunene, spesialisthelsetjenesten, det statlige barnevernet m.fl.

Det er siden opprettelsen av sentrene bevilget midler til særskilte satsninger og tiltak, bl.a. knyt-

tet til statlige handlingsplaner, strategier og opptrappingsplaner. Midlene er videreført for å dekke finansiering av arbeid med spesifiserte temaer og tiltak.

I 2018 hadde 83 pst. av norske kommuner/bydeler vært i kontakt med RVTSene. Av disse oppgir 93 pst. å være svært fornøyd eller fornøyd med tilbudet de har fått.

Fra og med 2017 er hvert RVTS styrket med midler for å gjennomføre tiltak i opptrappingsplan mot vold og overgrep, både for å øke helsepersonells kompetanse om vold mot barn og for å styrke helsetjenestens arbeid med overgripere.

Sentrene har i 2018 hatt et særlig fokus på:

- arbeid med økt kompetanse i helsetjenesten om vold mot barn
- arbeid for bedre behandlingstilbud til overgripere
- arbeid med tiltak i handlingsplanen mot menneskehandel
- arbeid med implementering av RAN-modellen og kunnskapsportalen om radikaliserings og voldelig ekstremisme, utveier.no.

Sentrene har jobbet med økt kompetanse i helsetjenesten om vold mot barn gjennom langsgående kompetansehevingsprogrammer, støtte til utvikling av kommunale handlingsplaner, og gjennom utvikling og implementering av det digitale verktøyet SNAKKE. Arbeidet for bedre behandlingstilbud til overgripere har i hovedsak dreid seg om å heve tjenestenes kompetanse i arbeidet med barn og unge med skadelig seksuell atferd. Sentrene har blant annet samarbeidet med Ressursenhet V27 ved Betanien sykehus om spredning av AIM-verktøyene (utredning, risikovurdering og behandling/andre intervensjoner). Det er også blitt utviklet en øvingsmodul knyttet til problematikken i nettverktøyet SNAKKE. Sentrene har i 2018 jobbet med å integrere informasjon og kunnskap om menneskehandel i eksisterende og relevante kompetansehevingstiltak. Det er også jobbet med kartlegging av og nettverksbygging blant relevante aktører på feltet i regionen. RVTSene har i 2019 videreført sitt samarbeid om forebygging av radikaliserings og regionale arbeid med kunnskapsformidling og nettverksbygging. E-læringsportalen utveier.no revideres fortløpende og står sentralt i arbeidet.

Lederforankring og å innrette kompetansehevingen slik at det bidrar til endret praksis i tjenestene over tid, har stått sentralt og vært ressurskrevende for alle RVTSene i 2018. RVTSene har i 2018 hatt høy grad av måloppnåelse for økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretatlig sam-

arbeid i regionene ved traumer, selvmordsforebygging, flyktningshelse og tvungen migrasjon gjennom systematisk utvikling av innsatser, samt tilpasning av tilbudet til den enkelte tjenestes behov.

I regionene er det lagt ned en betydelig innsats for å støtte og veilede ulike tjenester når behov oppstår i forbindelse med alvorlige hendelser, eksempelvis knyttet til selvmords- og overgrepssaker eller alvorlige ulykker. RVTSene skal i 2019 bistå i arbeidet med den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord.

Sentrene har i 2018 arbeidet for økt kompetanse og samarbeid på veteranområdet gjennom de regionale fagnettverkene for innsatspersonell og kursaktivitet, inkludert utvikling av nye kursmoduler for beslutningstakere, fastleger, kommunale veterankontakter, skoler og barnehager, i tråd med tiltak i I tjeneste for Norge – Regjeringens oppfølgingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter internasjonal tjeneste. Det ble fra 2019 bevilget 0,15 mill. kroner for å styrke arbeidet med kursmoduler for oppfølging av veteraner. Bevilgningen foreslås videreført og legges inn i grunnbevilgningen og opplæringen skal skje i samarbeid med Veteranforbundet SIOPS – skadde i internasjonale operasjoner og eventuelt andre relevante veteranorganisasjoner.

Fra og med 2019 er 3 mill. kroner lagt inn i sentrenes grunnbevilgning til arbeid mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. RVTSene skal bidra til oppfølgingen av Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020), Retten til å bestemme over eget liv.

RVTSene skal samarbeide med fylkesmannen om kompetansetiltak og veiledning.

RVTSene ble i 2019 tildelt 2,5 mill. kroner for å gjennomføre kompetansetiltak i regjeringens handlingsplan mot menneskehandel. Bevilgningen foreslås videreført med 2,6 mill. kroner i 2020 og lagt inn i sentrenes grunnbevilgning.

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRusene) og RVTSene skal samarbeide om å utvikle og implementere kunnskapsmoduler på området rus og vold. Det vises til post 74 under dette kapitlet hvor det foreslås bevilget 3,1 mill. kroner til dette arbeidet.

Det foreslås å flytte 0,9 mill. kroner fra Justis- og beredskapsdepartementets budsjett kap. 474, post 60 til kap. 765, post 75 for å etablere en tverrfaglig ressurs- og veiledningsfunksjon på fagfeltet radikaliserings hos RVTS. Formålet er å styrke det lokale tjenesteapparatets arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Veiledningsfunksjo-

nen skal støtte og styrke etablerte rutiner og retningslinjer. RVTS skal veilede direktoratene og relevante tjenester og bidra i videreutviklingen av nettsidene radikaliserings.no og utveier.no. Funk-sjonen skal ta i bruk og spre tilgjengelig informasjon og rapporteringer, og inneha en nasjonal oppdatert oversikt over gode erfaringer og eksisterende tiltak. Veiledningsfunksjonen må sees i sammenheng med de forebyggingsstrukturene som er etablert i de tolv politidistriktene og radikaliseringskontaktene i politiet. RVTS skal samarbeide tett med radikaliseringskontaktene i politiet, med SLT-koordinatorene (samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak) og andre tjenesteytere og aktører i kommunene. Dette er en øremerket bevilgning som kommer i tillegg til grunnbevilgningen.

Det foreslås å bevilge 122,25 mill. kroner over denne posten til grunnbevilgning for de fem sentrene i 2020.

Sinnemestring

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved Brøset Kompetansesenter. Bevilgningen dekker deres bidrag til RVTSenes arbeid med spredning av sinnemestringsmodellen. Brøset kompetansesenter har utviklet egne behandlingsmanualer. Utdanningsprogrammet er på 100 timer fordelt på seks samlinger og 100 timer over to semestre.

To nye studiekull startet opp i Trondheim og Oslo i 2018. I Trondheim deltar 27 personer, og i Oslo 30 personer. Deltakerne jobber ved familievernkontor, i psykisk helsevern, kommunalt tjenesteapparat og i kriminalomsorgen.

Sinnemestringsmodellen har etablert behandlingstilbud til voldsutøvere i 17 fylker. Modellen har hatt fokus på kommunale helse- og omsorgstjenester de siste årene. Det gjennomføres regionale nettverks-/veiledningssamlinger i samarbeid med de fem regionale RVTSene. Det er pågående følgeforskning av programmet.

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 1,5 mill. kroner til Brøset Kompetansesenter i 2020.

Traumebehandling

Målet med bevilgningen er å spre traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), en kunnskapsbasert metode for traumebehandling i spesialisthelsetjenesten for barn og unge. NKVTS har forsket på TF-CBT for barn og unge, og har utviklet et opplæringsprogram for tjenestene. NKVTS

implementerer metoden i psykisk helsevern for barn og unge i hele landet.

Implementeringsarbeidet med TF-CBT for barn og unge har i løpet av 2018 nådd 20 nye klinikker, og det er gitt opplæring til om lag 130 nye terapeuter. Samlet nås nå tre fjerdedeler av alle landets BUPer. Prosjektet er nå inne i andre implementeringsfase. Målet er å utvide TF-CBT-tilbudet til enda flere av landets BUPer, og å sørge for at tilbudet opprettholdes ved de deltagende klinikkene. Som ledd i dette får ledere ved nye klinikker opplæring i implementeringsledelse for å bli enda bedre rustet til å følge opp implementeringen, slik at tilbudet om TF-CBT opprettholdes over tid.

Prosjektet har i hele prosjektperioden utviklet kunnskap om implementering av evidensbaserte metoder. Denne kunnskapen legger grunnlaget for videreføringen av implementeringen av metoden i nye BUP-poliklinikker i hele landet. Resultatene brukes også som kunnskapsgrunnlag for nye prosjekter, som Stepped Care og arbeid med flyktninger.

Det ble bevilget 7,1 mill. kroner til formålet i 2019. Bevilgningen foreslås videreført med 7,3 mill. kroner i 2020.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – vold og overgrep

Bevilgningen skal bidra til å styrke helsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Dette skal skje gjennom kompetansehevede tiltak for personell som yter helsetjenester til volds- og overgrepsutsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). I 2017 ble både nettkurs for fastleger om vold og overgrep, og nettkurs i akuttmedisin for legevaktpersonell ferdigstilt. I 2018 hadde 2560 personer bestått nettkurset i volds- og overgrepshåndtering for legevaktpersonell, og 186 personer bestått kurset for fastleger/legevaktleger om vold i nære relasjoner.

Det foreslås å øremerke 3,2 mill. kroner over denne posten til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) til arbeid med vold og overgrep. Det vises for øvrig til omtale under kap. 762, post 63 og 70.

Pro Sentret

Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskap og gi tilskudd til Pro Sentret for oppfølging av og

tjenestetilbud til personer med prostitusjonserfaring og ofre/mulige ofre for menneskehandel.

Pro Sentret er Oslo kommunes tjenestetilbud til personer som har erfaring med å bytte eller selge sex. Tjenestetilbudet baseres på prinsippene selvbestemmelse, brukermedvirkning, forebygging og skadereduksjon, og inkluderer individuell oppfølging av personer med prostitusjonserfaring, herunder ofre/antatte ofre for menneskehandel, oppsøkende virksomhet på arenaer hvor salg av sex forekommer, helsetjenester samt lavterskel drop-in tilbud med fokus på omsorg, egenmestring, motivasjon og erfaringsutveksling. I 2018 benyttet 572 personer seg av drop-in tilbudet, mens 667 personer fikk tjenester ved Pro Sentret. 256 fikk individuelle råd og veiledning og 61 personer fikk advokatbistand.

I 2018 har Pro Sentret hatt økt aktivitet på digitale flater for å nå ut til målgruppen, og har i løpet av året samarbeidet med blant annet Helsesista. Pro Sentret har videreført sitt oppsøkende arbeid på internett.

I 2019 ble det bevilget 4,7 mill. kroner til Pro Sentret. Bevilgningen foreslås videreført med 4,8 mill. kroner i 2020.

Nasjonal støttegruppe etter 22. juli

Den nasjonale støttegruppen etter 22. juli jobber for å begrense helsemessige og sosiale konsekvenser av 22. juli-hendelsen, gjennom informasjonsarbeid, samlinger for de berørte, dialog med myndigheter og erfaringsformidling. Ved utgangen av 2018 hadde gruppen 1690 registrerte medlemmer.

Sorg- og støttegrupper utgjør et viktig supplement til det ordinære tjenestetilbudet for både etterlatte og overlevende etter individuelle kriser og større ulykker og katastrofer. Dette både for å bistå i bearbeidelsen av den potensielt traumatiserende hendelsen og for å gjenopprette funksjoner.

I 2019 ble det bevilget 5,1 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli. Bevilgningen foreslås videreført med 5,2 mill. kroner i 2020.

Forebygging av selvmord og selvskading

Formålet med bevilgningen er å forebygge og redusere omfanget av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading, og å bedre oppfølgingen av etterlatte etter selvmord.

I 2018 var undervisningsprogrammet VIVAT selvmordsforebygging hovedmottaker. De har arrangert kurs og kurslederopplæring. Antall del-

tagere har økt fra 2017. Det gjennomføres i 2019 en evaluering av undervisningsprogrammet.

Røde Kors mottok midler og gjennomførte i 2018 fagdager og hadde gjennom tiltaket Kors på Halsen 1528 samtaler med barn og unge om selvmord og selvskading.

I 2019 ble det bevilget 5,5 mill. kroner til arbeid mot selvmord og selvskading. VIVAT selvmordsforebygging og Røde Kors var mottakere. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5,7 mill. kroner i 2020.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) er et kompetansesenter tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. NSSFs primær-

oppgaver er kunnskaps- og kompetanseutvikling gjennom forskning, undervisning, utviklingsarbeid, veiledning, formidling- og informasjonsvirksomhet. NSSF skal samarbeide med RVTsene som har som oppdrag i det forebyggende selvmordsarbeidet, å gi undervisning og veiledning regionalt. Senteret utgir tidsskriftet Suicidiologi.

I 2018 har senteret bl.a. videreført arbeidet med to omfattende forebyggingsprosjekter: Utvikling og implementering av strategier og tiltak som bidrar til at flere søker helsehjelp og arbeid med etablering av nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Senteret skal i 2020 bistå i arbeidet med den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord.

I 2019 fikk senteret tildelt 18,5 mill. kroner. Det foreslås å videreføre grunnbevilgningen i 2020 med 19 mill. kroner.

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	15 014	14 971	14 894
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	2 150	3 020	1 601
	Sum kap. 0769	17 164	17 991	16 495

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen redusert med 1,5 mill. kroner på post 70 til andre prioriterte tiltak.

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, Omsorg 2020 og andre tiltak for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt utredningsvirksomhet for å utvikle nye og innovative løsninger i omsorgssektoren.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2019.

Bevilgningen kan nyttes under post 70. Omtalene til postene er samlet i sin helhet under post 70.

Post 70 Tilskudd

Leve hele livet

Det foreslås å videreføre 3,5 mill. kroner til arbeidet med oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Midlene er benyttet til å spre og implementere reformen ved blant annet informasjons- og kommunikasjonsarbeid og koordinering nasjonalt og regionalt gjennom dialog med Helsedirektoratet, KS og nasjonale og regionale aktører som har ansvar for spredning og gjennomføre reformen.

For 2020 foreslås det å benytte 1 mill. kroner av bevilgningen til Norges Frivilligsentraler. Norges frivilligsentraler er en landsdekkende interesseorganisasjon for de lokale sentralene. Organisasjonen skal blant annet bidra til koordinering og kompetansebygging av de over 450 frivilligsentralene i om lag 350 kommuner. Det tas sikte på å etablere en intensjonsavtale, der formålet er å mobilisere og støtte de lokale sentralene slik at de kan delta i arbeidet med å sette Leve hele livet på

dagsorden i kommunene, og bidra til å sette i verk tiltak lokalt. Helsedirektoratet får i oppdrag å inngå og følge opp avtalen, som en del av gjennomføringen av Leve hele livet.

Det foreslås å videreføre den resterende bevilgningen til å spre og implementere reformen i 2020. Det vises til innledningen under kap. 761 og kap. 761, post 21 for nærmere omtale av Leve hele livet.

Kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem – trygghetsstandard

Trygghetsstandard skal være et konkret verktøy for å drive systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem. Det er i perioden 2016–2018 gjennomført et pilotprosjekt i fire kommuner. De har utviklet en første versjon av trygghetsstandard (web-basert verktøy). Evalueringen av piloten viser positive resultater, blant annet i form av økt oppmerksomhet og engasjement for kvalitetsarbeid lokalt. Arbeidet ble derfor videreført i 2019 for å revidere verktøyet som ble brukt i piloten. Verktøyet skal også testes ut i to nye kommuner. Erfaringene fra piloten skal brukes til å gi en anbefaling om videre oppfølging og implementering. Arbeidet inngår som del Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Sluttproduktet skal være et kvalitetsutviklingssystem som kan tas i bruk i hele landet.

Det ble i 2019 bevilget 5 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2020.

Satsing på etisk kompetanseheving

Formålet med satsingen er å bistå kommunene i deres arbeid gjennom støtte til lokale veiledere og en nasjonal koordinering og kvalitetssikring av satsingen. Den årlige etikkprisen videreføres. Senter for medisinsk etikk (SME) og KS har etablert et formalisert samarbeid for etikksatsingen for å avklare oppgave- og rollefordeling. Dette omfatter kompetanseutvikling, regionale samlinger mv. Formålet er å sikre et godt samarbeid slik at de samlede ressursene utnyttes til beste for kommunene.

Det foreslås å videreføre 2,6 mill. kroner i bevilgning til KS for satsingen på etisk kompetanseheving i kommunene i 2020. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020. Tiltaket må sees i sammenheng med omtale av Senter for medisinsk etikk (SME) på kap. 761, post 21.

Teknologier for trygghet og mestring

Det er i 2019 bevilget 2 mill. kroner til Helsedirektoratets ivaretagelse av bl.a. prosessveiledning av kommuner, nettverkssamlinger for utviklingskommuner og påbegynte utrednings- og utviklingsprosjekter i kommuner, som del av satsingen på teknologier for trygghet og mestring. Se kap. 761, post 21 for nærmere omtale. Bevilgningen foreslås videreført i 2020. Tiltaket inngår i Nasjonalt velferdsteknologi-program. Se kap. 701, post 21 for en helhetlig omtale av programmet.

Kreativ skriving for eldre

Det ble i 2016 etablert et søkbart tilskudd til prosjekter som skal bidra til utvikling og spredning av kreativt skrivearbeid blant eldre. Formålet har vært å bidra til økt mestring og livskvalitet for eldre. I 2018 var det én mottaker av tilskuddet.

Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til formålet i 2019. Tilskuddet foreslås avvirket i 2020.

Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Formålet med programmet er å bidra til innovative offentlige anskaffelser og verdiskapning. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i programmet, som er initiert av Næringslivets Hovedorganisasjon og KS, med Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) som en sentral aktør fra statens side. Programmet har i 2018 hatt økt fokus på strategisk forankring, felles anskaffelser, formidling, veilednings- og spredningsaktivitet. Rapporteringen for 2018 viser bl.a. at det gjennom initiativ fra programmet hittil er gjennomført tolv fellesanskaffelser, hvorav ett på velferdsteknologi og ett på heldøgns omsorg med hhv. 80 og fire offentlige virksomheter involvert. Programmet går inn i en ny periode for 2020–2024. Tiltaket foreslås videreført i 2020.

Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Planlegging er et viktig virkemiddel for utbygging og omstilling av tjenestene. I tråd med regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, er det et mål at alle kommuner foretar analyser av morgendagens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet og gjør dem til et hovedtema i sitt kommunale planarbeid. Videre følger det av Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre at kommunestyrene oppfordres til å sette reformen på dagsorden lokalt og behandle og

vedta hvordan reformens løsninger skal gjennomføres i den enkelte kommune. I dette arbeidet er det behov for data og analyseverktøy.

Fylkesmannen i Trøndelag har i samarbeid med en rekke partnere og med støtte fra departementet, utviklet en ressursportal for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Ressursportalen inneholder styringsinformasjon, analyseverktøy og metode og gir gode data og et valid faktagrunnlag for lokalt planarbeid. Ressursportalen ressursportal.no ble lansert 3. juni 2019.

Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til tiltaket i 2019. Midlene foreslås videreført i 2020. Det vises for øvrig til omtale på kap. 761, post 21 av satsing på ressursportalen for analyse og planlegging som del av arbeidet med Leve hele livet.

Avtalen om Sevs og Samplan

Samarbeidsavtalen mellom KS og flere departementer om etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging er fornyet. Dette samarbeidet har bl.a. stått for gjennomføringen av utdanningsprogrammet Samplan. Tiltaket foreslås videreført med en bevilgning på 0,2 mill. kroner i 2020.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Det ble i 2019 bevilget midler til videreføring av arbeidet i det nasjonale programmet for pasient-

sikkerhet I trygge hender 24-7. Sentralt i arbeidet er å videreutvikle kommuneperspektivet og gjennomføre tiltak knyttet til riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste og å forebygge infeksjoner, trykksår og fall. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring kom i 2019. Planen viderefører overordnede mål fra programmet og inneholder tiltak som viderefører pågående arbeid og igangsetting av nytt arbeid. Planen skal sikre en fortsatt samordnet og målrettet innsats for å redusere pasientskader, samt understøtte og legge til rette for at krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterlevs.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til I trygge hender 24-7 med 0,5 mill. kroner til tiltakene rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vises til kap. 781, post 21 for nærmere omtale.

Pensjonistforbundets bekymringstelefon

Norsk Pensjonistforbund har i flere år drevet Bekymringstelefon for eldre og uføre. Telefontjenesten gir informasjon, råd og veiledning. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd til Norsk Pensjonistforbund på 400 000 kroner til bekymringstelefonen i 2020.

Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
770	Tannhelsetjenester	319 753	327 486	342 258	4,5
	Sum kategori 10.70	319 753	327 486	342 258	4,5

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
01-23	Statens egne driftsutgifter	34 897	35 093	34 912	-0,5
70-89	Andre overføringer	284 856	292 393	307 346	5,1
	Sum kategori 10.70	319 753	327 486	342 258	4,5

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del, foreslås følgende endring:

- 15 mill. kroner til styrking av tannhelsetjenestetilbudet rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi).

Organisering 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 tjenester til den øvrige befolkningen. Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av lov om tannhelsetjenesten og av lov om folketrygd og forskrifter til disse.

Fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, inkludert odontologiske spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for hele befolkningen i fylket. Det innebærer at i fylker med utilstrekkelig offentlig og privat dekning, må fylkeskommunene vurdere hvordan kapasiteten skal økes, enten ved å

ansette flere tannpleiere, tannleger eller tannlegespesialister, eller ved å inngå avtale med private.

Størstedelen av tannbehandling med stønad fra folketrygden blir utført i privat sektor. Det vises til omtale under kap. 2711, post 72, og del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Kostra-tall for 2018 fra Statistisk sentralbyrå (SSB) er kilden til omtalen av personell, fylkeskommunal tannhelsetjeneste og finansiering.

Personell

Sammenliknet med andre land har Norge høy tannlegedekning, med 8,6 avtalte tannlegeårsverk per 10 000 innbyggere (allmenn- og spesialisttannleger). De siste ti årene har tannlegedekningen vært stabil, det vil si at økningen i antall årsverk langt på vei har fulgt økningen i befolkningen når private og offentlig ansatte tannleger ses under ett.

Tannpleierdekningen på landsbasis var i 2018 1,9 avtalte årsverk per 10 000 innbyggere. Høyest dekning hadde Troms og Finnmark.

Det er betydelig geografisk variasjon i tannlegedekningen. Fylket med flest allmenntannleger per 10 000 innbyggere (Troms) hadde 1,7 ganger flere tannleger sammenliknet med fylket med færrest allmenntannleger (Hedmark). For tannlegespesialister er variasjonen større, hvor fylket med flest spesialister per 10 000 innbyggere (Oslo) hadde 2,8 ganger flere spesialister sammenliknet med fylkene med lavest dekning (Telemark, Oppland, Sogn og Fjordane og Finnmark).

Den samlede dekningen av allmenn- og spesialisttannleger i offentlig og privat sektor var lavest i Hedmark, Akershus og Aust-Agder. Samlet tannlegedekning per 10 000 innbyggere var høyest i Troms, fulgt av Oslo og Telemark.

Den private tannlegedekningen i 2018 var 6,1 avtalte tannlegeårsværk per 10 000 innbyggere (allmenn- og spesialisttannleger). Oslo har tre ganger flere private tannleger per innbygger sammenliknet med Finnmark. De tre fylkene med sva-

kest privat tannlegedekning var Finnmark, fulgt av Hedmark og Sogn og Fjordane. De tre fylkene med høyest privat tannlegedekning var Oslo, Telemark og Vest-Agder.

I fylkeskommunal tannhelsetjeneste var det på landsbasis 2,6 tannleger per 10 000 innbyggere. I Troms, Finnmark og Nordland var det flest offentlig ansatte tannleger per 10 000 innbygger. Troms hadde fem ganger så mange tannleger per 10 000 innbyggere som Oslo i 2018.

Andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er redusert de siste 15 årene og utgjorde 3,5 pst. av antall årsværk i 2018. I Nord-Norge er tilgangen på tannleger blitt betydelig bedre etter at tannlegeutdanningen i Tromsø kom i drift. Fylker med høyest andel ubesatte offentlige tannlegestillinger var Sogn og Fjordane (22 pst.), Møre og Romsdal (13 pst.) og Troms (13 pst.).

Tabell 4.14 Avtalte årsværk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2010	2012	2014	2016	2017	2018
Antall årsværk	9 931	10 467	10 634	11 254	11 408	11 159
herav:						
1 tannlegespesialister	386	519	466	458	473	482
2 allmenntannleger	3 703	3 961	4 019	4 013	4 042	4 083
3 tannpleiere	774	834	863	957	991	995
4 tannhelsesekretærer	3 854	4 000	4 108	4 619	4 689	4 553

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste

I alt 30 pst. av befolkningen eller om lag 1,6 mill. personer var under tilsyn av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2018. Den private tannlegedekningen er svak i en del fylker. Dette kompenseres ved at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten yter tjenester til en større del av voksenbefolkningen. Tannhelsetjenesten i Finnmark hadde 44 pst. av fylkets befolkning under tilsyn i 2018, fulgt av Nordland med 38 pst. Lavest lå Oslo, Østfold og Akershus.

I alt var om lag 1 608 000 personer under tilsyn av fylkeskommunal tannhelsetjeneste i 2018. Av disse hadde om lag 1 329 000 personer rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og om lag 280 000 var voksne uten lovfestede rettigheter.

I 2018 ble om lag 1 041 000 personer undersøkt/behandlet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, dvs. om lag 20 pst. av landets befolkning.

Flere personer ble undersøkt/behandlet i 2018 enn i 2017. Antallet i 2018 er likevel under nivået i 2015 og 2016. Om lag 15 000 flere personer med rettigheter ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2018 sammenliknet med 2017. For betalende voksne har det vært en økning på om lag 5000 undersøkte/behandlede.

Andelen i de ulike gruppene med rettigheter som ble undersøkt/behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2018 var:

- 81 pst. for psykisk utviklingshemmede
- 75 pst. for beboere i institusjon (sykehjem)
- 70 pst. for barn og unge 3–18 år
- 42 pst. for ungdom 19–20 år
- 21 pst. for hjemmeboende med hjemmesykepleie

De fleste voksne betaler fullt ut for tannbehandling. På landsbasis ble 5 pst. av voksenbefolkning-

gen undersøkt/behandlet ved fylkeskommunale tannklinikker. Andelen ser ut til å gå ned i de fleste fylkene i 2018. Variasjonene er store. Tre fylker behandlet færre enn 1 pst. av betalende voksne, dvs. Oslo, Østfold og Akershus. To fylker behandlet over 10 pst. av voksenbefolkningen, Finnmark (19 pst.) og Nordland (11 pst.).

Finansiering

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste er finansiert gjennom frie inntekter, dvs. skatteinntekter og rammetilskudd som en del av inntektssystemet for fylkeskommunene. Til enkelte formål mottar fylkeskommunene øremerkede tilskudd, bl.a. til behandling av innsatte i fengsler og til behandling av personer som har vært utsatt for tortur eller overgrep, og personer med stor angst for tannbehandling (odontofobi).

Tabell 4.15 Fylkeskommunenes brutto og netto driftsutgifter til tannhelsetjenester (mrd. kroner)

	2010	2012	2014	2016	2017	2018
Brutto driftsutgifter, konsern	2,8	2,9	3,3	3,4	3,5	3,7
Netto driftsutgifter, konsern	2,1	2,1	2,4	2,4	2,5	2,6

Målt i brutto driftsutgifter brukte fylkeskommunene til sammen 3,7 mrd. kroner på tannhelsetjenester i 2018, en økning med 6,5 pst. fra 2017. Bruttoutgiftene omfatter også utgifter til helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, drift av regionale odontologiske kompetansesentre og tannbehandling til voksne som selv betaler for behandlingen. Netto driftsutgifter utgjorde om lag 2,6 mrd. kroner i 2018. Differansen mellom brutto og netto driftsutgifter består for en stor del av egenbetaling fra voksne pasienter.

Fra folketrygden ble det utbetalt 2,2 mrd. kroner i stønad til tannbehandling i 2018. Det vises til nærmere omtale under kap. 2711, post 72 og del III kap. 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Oppfølging av Stortingets behandling av Prop. 71 L (2016–2017)

Våren 2017 fremmet regjeringen forslag til lovregulering av tannhelsetjenesten som et kommunalt ansvar, jf. Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). I proposisjonen foreslo regjeringen bl.a. endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og i pasient- og brukerrettighetsloven som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Lovforslaget ble vedtatt uten at ikrafttredelsestidspunktet ble fastsatt, jf. Innst. 378 L (2016–2017). Ved behandlingen av lovforslaget fattet Stortinget flere anmodningsvedtak. Disse er omtalt i del I.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	34 897	35 093	34 912
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	284 856	292 393	307 346
	Sum kap. 0770	319 753	327 486	342 258

Ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, foreslås følgende endring:

- 15 mill. kroner til styrking av tannhelsetjenestetilbudet rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi).

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak på tannhelseområdet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Siden 2012 er det bevilget tilskudd til regionale helseforetak til forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus. Sykehusene St. Olav (Trondheim), Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø), Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg sykehus (Oslo) og Haukeland Universitetssykehus (Bergen) har deltatt i forsøksordningen. Forsøket omfatter forebyggende tjenester, opplæring av sykehusansatte i munnstell, vurdering av tannhelseforhold, undersøkelse og eventuell tannbehandling av innlagte pasienter. Forsøket omfatter også utvikling av rutiner for systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten etter utskrivning fra sykehus.

Forsøksordningen er evaluert av PricewaterhouseCoopers. Evalueringen vektlegger at forsøksordningen har styrket behandlingen av pasientene i sykehus. Forsøksordningen viser et klart behov for vurdering og behandling av den orale helsen til ulike pasientgrupper i sykehus. Tannhelseteamene har særskilt undersøkt munnhelsen og sørget for infeksjonssanering hos hjertepasienter, kreftpasienter, samt pasienter som står foran kirurgiske inngrep og transplantasjoner. Evalueringen anbefaler at det etableres en ny fase i forsøksordningen. Det er behov for å systematisere erfaringene fra forsøksordningen for å få oppsummert kunnskap om hvilke pasienter som har størst behov og til hvem det er mest hensiktsmessig å gi orale helsetjenester i sykehus.

Evalueringen viser at det er behov for å få gjennomført en kunnskapsoppsummering, og det foreslås at dette igangsettes innenfor rammen av bevilgningen til forsøksordningen. Tilskuddet foreslås videreført med 20 mill. kroner i 2020. Forsøksordningen med sykehusodontologi videreføres i 2020–2021.

Helsedirektoratet arbeider med et oppdrag om reduksjon av sosial ulikhet i tannhelse blant barn og unge, ved å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Første del av retningslinjen ble publisert i

oktober 2018. Andre del er under arbeid og planlegges publisert høsten 2020.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan søke om opptak til utdanningen, og flere har gjennomført utdanningen. Se nærmere omtale under kap. 762 og kap. 765. Tilskuddet videreføres med 1 mill. kroner i 2020.

Bevilgningen dekker også Helse- og omsorgsdepartementets andel av nedbetaling av lån som Troms fylkeskommune tok opp ved byggingen av Tannbygget i Tromsø. Tannbygget inneholder både arealer til utdanning av tannleger og tannpleiere, og fylkeskommunens odontologiske kompetansesenter, se omtalen av de regionale odontologiske kompetansesentre under post 70. Tilskuddet videreføres med 3 mill. kroner i 2020.

I forbindelse med tannhelsedelen i Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT-undersøkelsen), har Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TKMN) i samarbeid med Direktoratet for e-helse utprøvd et standard kodeverk for diagnoser og behandlinger til bruk i elektronisk pasientjournal (EPJ). Utprøvingen avsluttes i 2019. Videre er direktoratet i gang med å utarbeide en generell implementasjonsveileder for EPJ-leverandører innen odontologi. Det tas sikte på at kodeverket implementeres i EPJ. Et slikt kodeverk er avgjørende for standardiserte data i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og for informasjon om diagnoser som grunnlag for folketrygdens stønadsordninger til tannbehandling. Tilskudd til utvikling videreføres med 1 mill. kroner i 2020 og med fokus på å muliggjøre innsamling av standardiserte data via standardiserte løsninger i tråd med nasjonale føringer, samt videre forvaltning av etablerte kodeverk. I tillegg foreslås det å avsette midler til pilotering av bruk av kodeverket i kvalitetsutvikling og analyse i den offentlige tannhelsetjenesten.

Bevilgningen omfatter tilskudd til videreføring av samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av tannbehandlingsmaterialet amalgam. Et delprosjekt fortsetter fram til 2021.

Bevilgningen omfatter tilskudd til midtveis evaluering av universitetenes organisering av integrert løp for dobbeltkompetanseutdanning av tannleger (spesialist- og forskerutdanning), til evaluering av fylkeskommunenes tilbud til personer som har vært utsatt for tortur og/eller overgrep, og til personer med stor angst for tannbehandling/odontofobi.

Bevilgningen omfatter også forprosjektering av utprøving av abonnementsavtale for tannhelse-tjenester til voksne, jf. omtale i Prop. 1 S (2017–2018). Det gis også midler til en kunnskapsoppsummering og forprosjekt for kommunal tannpleier.

Anmodningsvedtak

Tannpleierkompetanse i kommunene

Vedtak nr. 851, 8. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen starte arbeidet med å bygge opp tannpleierkompetanse i kommunene. Slik oppbygging av tannpleierkompetanse i kommunene vil ha økonomiske og administrative konsekvenser som regjeringen vil måtte komme tilbake til i budsjettssammenheng.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.), jf. Innst. 378 L (2016–2017).

Vedtaket er fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennomføre en kunnskapsoppsummering som omhandler tiltak enkelte fylkeskommuner allerede har iverksatt. Det dreier seg særlig om forebyggende hjemmebesøk, samt erfaringer fra de andre nordiske landene. Videre vil departementet utarbeide et forprosjekt om kommunal tannpleie. Oppfølgingen av vedtaket ses i sammenheng med vedtak 849 hvor regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Post 70 Tilskudd

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen økt med 15 mill. kroner til styrking av behandlingstilbudet til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling.

Formålet med bevilgningen er å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer og bedre tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester, spesielt i den offentlige tannhelsetjenesten. Videre er det et formål å bidra til økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving i den offentlige tannhelsetjenesten, og til heving av kvaliteten i tannbehandlingen generelt når det gjelder odontologiske biomaterialer som anvendes i tannhelsetjenesten, jf. Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027).

Tilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling

Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og til personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi) ble styrket med 10 mill. kroner i 2019, slik at det ble utbetalt om lag 70 mill. kroner til dette formålet i 2019. Oppbyggingen av tilbudet følger av Stortingets anmodningsvedtak nr. 392, 7. mars 2008. Om lag 52 team med psykolog/tannlege/tannhelsesekretær var etablert ved årsskiftet 2018/2019. I tillegg planlegger fylkeskommunene å etablere åtte nye team i løpet av 2019. Etterspørselen etter tilbudet har vokst i takt med at tilbudet er bygget opp. I flere fylker har det vært til dels lang ventetid, både for odontofobibehandling og for oppstart av tannbehandling etter gjennomført odontofobibehandling. Ventetid, både fra henvisning til vurderingssamtale og fra vurderingssamtale til behandlingsstart, er på vei ned. Bevilgningen foreslås økt med 15 mill. kroner.

Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten

Universitetet i Bergen har i mange år organisert et kvalifiseringsprogram for utenlandske tannleger som er bosatt i Norge og som har utdanning fra land utenfor EØS-området. Siktemålet er norsk autorisasjon som tannlege. Tilskuddet videreføres i 2020 med om lag 6 mill. kroner.

Siden etableringen av tannpleierutdanningen ved Høgskolen i Innlandet, studiested Elverum, har Hedmark fylkeskommune organisert praksisplasser for tannpleierstudentene ved høyskolen. All praksis organiseres av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i samarbeid med fire-fem fylkeskommuner på Østlandet. Hvert år tas det opp om lag 30 studenter til utdanningen. Tilskuddet videreføres i 2020 med om lag 6 mill. kroner.

Fra 2015 er det gitt tilskudd til videreutdanning for tannpleiere, organisert ved Universitetet i Sørøst-Norge, og til masterutdanning for tannpleiere. Videreutdanningen er tilrettelagt for senere påbygning til master i helsefremmende arbeid. I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det behov for tannpleiere med både videreutdanning i det aktuelle fagområdet og med masterutdanning. Det er også behov for tannpleiere med forskerutdanning. Tilskuddet videreføres med om lag 4 mill. kroner til hhv. Universitetet i Sørøst-Norge til organisering av utdanningen, og til lønnsutgifter og reise-/oppholdsutgifter til tannpleiere ansatt i fylkeskommunene/de regionale odontolo-

giske kompetansesentrene eller i sykehus, og som tar de aktuelle utdanningene.

De regionale odontologiske kompetansesentrene, organisert av fylkeskommunene, skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Dette gjelder særskilt overfor personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunene finansierer den odontologiske spesialistvirksomheten ved sentrene. Videre skal sentrene gi fagstøtte til tannklinikene, og bidra i forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet; Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027). I tillegg skal kompetansesentrene delta i organiseringen av klinisk trening i spesialistutdanningen av tannleger. Det vises til nærmere omtale av kompetansesentrene i Prop. 1 S (2017–2018), kap. 770 Tannhelsetjenester, post 70 Tilskudd.

I forbindelse med arbeidet med regionreformen har fylkeskommunene Aust-Agder og Vest-Agder, Buskerud, Vestfold og Telemark besluttet å avvikle Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (TKS) med virkning fra 31. desember 2019. Buskerud fylkeskommune blir fra 1. januar 2020 slått sammen med Akershus og Østfold fylkeskommuner til Viken fylkeskommune. Viken fylkeskommune blir eier av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TKØ) som i dag er organisert under Østfold fylkeskommune, i samarbeid med Oppland og Hedmark fylkeskommuner. Det planlegges et samarbeid mellom Viken og Innlandet fylkeskommuner. Fylkeskommunene Vestfold, Telemark og Agder ivaretar de odontologiske spesialisttjenester innenfor gjeldende fylkeskommunale og private spesialisttjenester i fylkene. Disse fylkeskommunene har til vurdering videreføring av fagutvikling og forskningsaktivitet fra 2020, som siden etableringen er blitt ivaretatt av TKS.

Det statlige tilskuddet til kompetansesentrene finansierer forskning og kunnskapsutvikling, fagstøtte til tannklinikene og deltagelse i spesialistutdanning av tannleger. Sentrene har et omfattende forskningssamarbeid med ulike fagmiljøer på sykehus, høyskoler, universiteter og andre forskningsinstitusjoner, både i Norge og internasjonalt. Tilskudd til de fem kompetansesentrene til statlig finansierte oppgaver foreslås videreført med 100 mill. kroner i 2020. Det er særskilt behov for å styrke forskningen innen oral helse og følge opp Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet, Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027).

Det første kompetansesenteret ble etablert i Tromsø i 2007. En kartlegging av oppgavene til kompetansesentrene og evaluering av sentrene blir gjennomført i 2020.

Organisering av spesialistutdanning av tannleger og planer for videreutvikling av spesialistutdanningene er nærmere beskrevet i Prop. 1 S (2017–2018). Tilskuddet til universitetene i hhv. Bergen, Oslo og Tromsø, og til de odontologiske kompetansesentrene som deltar i praksisdelen av spesialistutdanningene, er videreført i 2019 med om lag 60 mill. kroner. Tilskuddet omfatter i alt om lag 75 spesialistkandidater.

Kunnskapsdepartementet har innført en særskilt regnskapsoppstilling for spesialistutdanning i odontologi ved de tre universitetene. Sammen med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet er regnskapstallene for 2018 gjennomgått med universitetene. Formålet med Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd er å dekke universitetenes merkostnader til spesialistutdanning av tannleger. Det er enighet om at tilskuddsmidlene over en periode på om lag tre år skal tilpasses de aktuelle merkostnader. Dette gjør det mulig å frigjøre midler slik at tannleger som tar spesialistutdanning kan gis lønn under utdanningen, slik det er for leger under spesialistutdanning. Lønn under utdanning i kombinasjon med klinisk praksis på kompetansesenter er viktige virkemidler i arbeidet med å oppnå bedre geografisk tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester.

Tilskudd til spesialistutdanning av tannleger til universitetene foreslås videreført med 51 mill. kroner i 2020. Tilskuddsbeløp per spesialistkandidat nedjusteres fra andre halvår med om lag 3,8 pst. (til sammen om lag 2 mill. kroner) sammenliknet med tildelt beløp i 2019. Tilskudd til lønn til kandidater under spesialistutdanning i pedodonti og i multidisiplinær odontologi, som er under utprøving i Tromsø, videreføres med om lag 3,5 mill. kroner, og utvides til også å gjelde kandidater under spesialistutdanning innen andre spesialiteter. Kandidater som har avtale med fylkeskommune/annen offentlig virksomhet om spesialistutdanning vil bli prioritert. Det samlede tilskudd til lønn til de aktuelle spesialistkandidater vil utgjøre om lag 7 mill. kroner. Tidsbegrenset tilskudd til fylkeskommunene til opprettelse av stillinger for spesialister i pedodonti videreføres med om lag 6,5 mill. kroner. Helsedirektoratet vil i løpet av 2020 gjennomføre en midtveiseevaluering av utprøvingen av multidisiplinær odontologi.

Tannbehandlingsmaterialer

Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) er et nordisk samarbeidsorgan under norsk eierskap. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjene. Fra 1. januar 2019 er Niom et datterselskap under Norwegian Research Center AS (NORCE AS). Formålet med oppgavene til Niom og prosessen med endring av eierforhold er beskrevet i hhv. Prop. 1 S (2017–2018) og Prop. 1 S (2018–2019), kap. 770, post 70. Nordisk Minis-

terråd (NMR) finansierer om lag 1/3 av Nioms budsjett, basert på treårige avtaler. Tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet utgjør i 2019 26 mill. kroner. Det foreslås 27,5 mill. kroner i 2020 til Niom AS.

Videre foreslås 5,5 mill. kroner til videreføring av aktivitetene ved Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG), organisert i NORCE AS. BVG gjennomfører en pilotstudie med sikte på å utrede et register for tannimplantat.

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
780	Forskning	331 624	338 212	252 167	-25,4
781	Forsøk og utvikling mv.	137 558	136 875	128 522	-6,1
783	Personell	204 067	274 687	283 939	3,4
Sum kategori 10.80		673 249	749 774	664 628	-11,4

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
01-23	Statens egne driftsutgifter	118 335	169 539	178 664	5,4
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	331 624	338 212	252 167	-25,4
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	135 016	142 708	132 508	-7,1
70-89	Andre overføringer	88 274	99 315	101 289	2,0
Sum kategori 10.80		673 249	749 774	664 628	-11,4

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris og lønnsjustering:

- 20 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til kvalifikasjonsprogrammet for ELTE-studenter
- 84,3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til reduserte avsetninger til Forskningsrådet
- 10,2 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av veiledet tjeneste
- 10 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av interimvirksomheten til Norsk helsearkiv

Forskning, utdanning, kompetanseutvikling og innovasjon er viktige virkemidler for å nå målsetningen om å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet og gi befolkningen trygge-

gode og effektive helse- og omsorgstjenester og for å nå de folkehelsepolitiske målene. Helse- og omsorgstjenesten er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av den totale arbeidskraften. Tjenesten har viktige roller vis-a-vis utdanningssektoren, som praksisarena, framtidig arbeidsgiver og avtalepart. For å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester er det avgjørende å ha tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og forskning med høy kvalitet og nytte. En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er derfor viktig for å legge til rette for en kunnskapsbasert, framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning er en del av den langsiktige satsingen innenfor helseforskning, utdanning og inn-

ovasjon. Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien har generert et godt samarbeid mellom flere departementer for å følge opp felles tiltak fra strategien. Regjeringen har i stor grad oppfylt handlingsplanens tiltakspunkt og politikken vil heretter utvikles videre

gjennom andre strategier og meldinger. Programmene i Norges forskningsråd er viktige virkemidler for å følge opp flere av anbefalingene i HelseOmsorg21. Se del III for nærmere omtale og rapportering fra regjeringen og de øvrige aktørenes oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.

Kap. 780 Forskning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
50	Norges forskningsråd mv.	331 624	338 212	252 167
	Sum kap. 0780	331 624	338 212	252 167

Bevilgningen foreslås redusert med 84,3 mill. kroner i 2020 for å redusere avsetningene til Forskningsrådet. Årsaken til at Forskningsrådet har bygget seg opp slike avsetninger er særlig overgang fra en programperiode til neste på tre større programmer. Videre ble midler til Forskningscenter for klinisk behandling bevilget første gang i revidert nasjonalbudsjett 2017, men kunne ikke lyses ut før videre finansiering var avklart. Dette ble gjort i 2018. Reduksjonen i bevilgningen skal ikke føre til redusert aktivitet i 2020. Som en del av regjeringens oppfølgingen av langtidsplanen for forskning og høyere utdanning økes kap. 701, post 21 med 131 mill. kroner til å realisere Helseanalyseplattformen, jfr. omtale der.

Forskning, utvikling og innovasjon er sentrale virkemidler i utviklingen av kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet i helse- og omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet. Sektorprinsippet for forskning betyr bl.a. at hvert departement har ansvar for forskning innenfor sin sektor.

Forskning og driftstilskudd

Departementet finansierer i hovedsak forskning og oppbygging og drift av forskningsmiljøer gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale kompetanse- og forskningssentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Forskning og innovasjon i helseforetakene og Kreftregisteret er omtalt under kap. 732, post 70, postene 72–75 og post 78. Nasjonalt senter for e-helseforskning er omtalt under kap. 732, post 70 og kunnskapsbehov på e-helseområdet er omtalt under kap. 744, post 21. For forskning og innovasjon i den kommunale

helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten vises det til omtale under kap. 762 Primærhelsetjenestene post 21 og 70, kap. 761 Omsorgstjeneste, post 21, 60 og 67 og kap. 770 Tannhelsetjenester, post 21 og 70. Forsknings- og utviklingsarbeid og kunnskapsproduksjon er en integrert del av arbeidsoppgavene til Folkehelseinstituttet, jf. omtale under kap. 745 Folkehelseinstituttet og kap. 714 Folkehelse, post 79. Øvrige tiltak er omtalt under kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, postene 21, 74 og 75, kap. 781 Forsøk og utvikling mv., post 21 og kap. 783 Personell, postene 21 og 79. Det foreslås å etablere et nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst, jf. omtale under kap. 732.

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Bevilgningen dekker fire forsknings- og innovasjonsprogrammer, en strategisk satsing på kvinnehelse og kjønnsperspektivet og Forskningscenter for klinisk behandling. Det foreslås bevilget 252,2 mill. kroner i 2020.

Norges forskningsråd er en sentral aktør i det norske forsknings- og innovasjonssystemet og et viktig virkemiddel for å nå regjeringens forskningspolitiske mål. Regjeringen har fastsatt fem felles mål for Forskningsrådet:

- økt vitenskapelig kvalitet
- økt verdiskaping i næringslivet
- møte store samfunnsutfordringer
- et velfungerende forskningssystem
- god rådgiving

Hoveddelen av satsingen innenfor helseforskning og innovasjon finnes innenfor målet om å møte store samfunnsutfordringer konkretisert som For-

nyelse i offentlig sektor og bedre og mer effektive velferd-, helse-, og omsorgstjenester. Den samlede innsatsen til Forskningsrådet innenfor denne prioriteringen var på 770 mill. kroner i 2018, en økning fra 760 mill. kroner i 2017, hvor helse- og velferdsfeltet utgjør over halvparten av innsatsen. Samlet måloppnåelse for Forskningsrådets virksomhet i 2018 er omtalt i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon for 2020. Fra 2018 er bevilgninger til drift av Forskningsrådet samlet på en post på budsjettet til Kunnskapsdepartementet, jf. Verksemdskostnader, kap. 285 post 55.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer Program for Gode og effektive helse-, omsorgs-, og velferdstjenester (Helsevel), Program for God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling), og Bedre helse og livskvalitet (Bedrehelse). Departementet delfinansierer sammen med Utenriksdepartementet Program for Global helse- og vaksinasjonsforskning (Globvac). I tillegg finansieres en strategisk satsing om forskning på kvinners helse og kjønnspektivet og Forskningssentre for klinisk behandling. Fra 2018 inngikk Program for stamcelleforskning i programmet Behandling. I programmene og satsinger stilles krav om brukermedvirkning i hele forsknings- og innovasjonsprosessen og at forskningsprosjekter skal vurderes ut fra både vitenskapelig kvalitet og nytte for sluttbruker. Behovsidentifisert forskning, som retter seg mot brukerens og tjenestens behov for ny kunnskap på områder med identifiserte kunnskapshull, supplerer dagens forskerinitierte prosjekter. Forskningsrådet skal også vurdere aktuelle områder for strategisk samarbeid om helseforskning- og innovasjon med de regionale helseforetakene.

Basert på kategoriseringen av porteføljen i Forskningsrådet, etter helsekategori og forskningsaktivitet fra Health Research Classification System (HRCS), indikeres en endring for både 2017 og 2018 i profilen på alle forskningsprogrammene som finansierer helse sammenlignet med 2016. Det er en økning i kategoriene generell helserelevans og tjenesteforskning, og reduksjon i andelen grunnforskning og årsaksforhold. Innenfor de ulike helsekategoriene er det etter generell helserelevans mest forskning på kreft, psykisk helse, hjernen og nervesystemet, infeksjoner, og minst forskning på medfødte lidelser, øye og øre. Ved en sammenlikning av Forskningsrådets finansiering i 2018 med sykdomsbyrde (Daly) i Norge for en rekke sykdommer/helsekategorier for 2017 finner en at den største forskjellen mellom sykdomsbyrde og forskningsinnsats

fortsatt er innenfor muskel-skjelettsykdommer, hjerneslag og skader/ulykker. I dette datagrunnlaget ligger imidlertid ikke forskningen som helseforetakene finansierer.

Programmer

EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020 mv.

Forskningsrådet har det operative ansvaret for realiseringen av samarbeidet om EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, og det europeiske forskningsområdet European Research Area (ERA). Innenfor helseprogrammet i Horisont 2020, hentet Norge tilbake 2 pst. av utlyste midler ved utgangen av 2018, tilsvarende for 2017 var 1,5 pst. Den store økningen i returandel herfra fra 1,5 til 2 pst. skyldes at Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) har fått innvilget 30 mill. euro i Horisont 2020. Midlene lyses ut til vaksineforskning, det er derfor sannsynlig at lite av dette tilfaller norske forskningsmiljøer. Sekretariatet for CEPI er i Norge, derfor merkes midlene Norge, i statistikken. For utlysningene i perioden 2014–2018 har norske miljøer totalt sendt flere søknader enn for forrige rammeprogram. Av de 580 søknadene som ble sendt inn ble 74 søknader innstilt for finansiering, dette utgjør 73,5 mill. euro. Norske miljøer henter også tilbake helseforskningsmidler i de to andre pilarene i Horisont 2020. Dette utgjorde om lag 70 mill. euro totalt for de fem første årene. Sammenliknet med Sverige og Danmark sender Norge færre søknader. Konkurransen i helseprogrammet er fortsatt høy. Universitets- og høyskolesektoren har den største andelen søknader og innstilte prosjekter, etterfulgt av næringslivet, helseforetak og instituttsektoren.

De felleseuropeiske forskningsprogrammene Joint Programming Initiative er de europeiske landenes virkemiddel for å samarbeide om ti felles definerte samfunnsutfordringer. Det internasjonale forskningssamarbeidet skal bidra til å koordinere, effektivisere og samordne forskningsinnsatsen. Hvert land finansierer egen deltakelse. Helse- og omsorgsdepartementet og Norges forskningsråd følger opp programmene nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens/antimikrobiell resistens (JPIAMR) og helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer (JPI HDHL). Norske forskningsmiljøer deltar i utlysninger, prosjekter og arbeidsgrupper innenfor alle de tre programmene.

Euratoms forsknings- og kompetanseprogram (2014–2018) komplementerer EUs forsknings- og

innovasjonsprogram, Horisont 2020, og har målsetting om å drive kjernefysisk forskning- og kompetanseaktiviteter med en vekt på å bedre den kjernefysiske sikkerheten og sørge for bedre strålevernsbeskyttelse. Norske forskningsmiljøers innsats er primært rettet mot strålevern og håndtering av radioaktivt avfall. Nærings- og fiskeridepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet finansierer programmet fra norsk side. Det er viktig at norske forskningsmiljøer deltar i disse aktivitetene knyttet til sikkerhet og beredskap.

Forskningsrådet har det operative ansvaret for å følge opp forskning- og teknologiavtalen med Japan som også inneholder en prioritering av helse-, omsorg-, og velferdsteknologi.

Program for Bedre helse og livskvalitet (Bedrehelse)

Programmet skal bidra til forskning for bedre helse, økt livskvalitet og redusert sosial ulikhet i helse, dette inkluderer bl.a. forskning innenfor psykisk helse, fysisk aktivitet, rus og ernæring. I 2018 hadde programmet en portefølje på i alt 64 pågående prosjekter og en FoU-portefølje på 78 mill. kroner. Programmet har et bredt nedslagsfelt, og erfaringene fra de første utlysningene viser at konkurransen er høy og kvaliteten svært god. Programmet finansierer i all hovedsak anvendt forskning. Strukturelle føringer stimulerer til samarbeid på tvers av fag og sektorer. Hovedtyngden av prosjektene er i 2018 ledet fra universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren. Det er prosjektsamarbeid med helseforetak, og noe samarbeid med næringslivet. Den vitenskapelige publiseringen har holdt seg stabil i 2017 og 2018.

Program for Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (Helsevel)

Programmet skal bidra til forskning og innovasjon på god kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs-, og velferdstjenestene gjennom tjenesteforskning, og styrke grunnlaget for kunnskapsbasert utdanning og yrkesutøvelse på tvers av sektorer. Programmet finansieres av Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, med Helse- og omsorgsdepartementet som hovedfinansør.

I 2018 hadde programmet 98 aktive prosjekter mot 74 i 2017. I 2018 ble det gjennomført tre store utlysninger. Fordelingen på tverrgående temaer i 2018 er høyest for styring, ledelse og organisering, deretter på tjenesteinnovasjon og implemen-

tering. Fordelt på tjenesteområdet er det høyest bevilgning til prosjekter i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Programmet støtter norsk deltakelse i det europeiske forsknings- og innovasjonsprogrammet Active and Assisted Living og et europeisk nettverk for tjenesteforskning. Den største andelen av midlene fra programmet går til universitets- og høyskolesektoren deretter følger instituttsektoren og så helseforetakene.

Programmet delfinansierer Senter for omsorgsforskning med sentret ved NTNU Gjøvik som koordinator. Senteret har etablert praksisnære forskningsmiljø ved utdanningsinstitusjoner for helse- og sosialfag og har etter hvert lagt grunnlag for utvikling av et felt det er forsket lite på og som det er behov for mer kunnskap om. Senteret har siden 2015 mottatt 11 mill. kroner i året i støtte. Resterende finansiering oppnås gjennom den konkurransebaserte forskningsarenaen.

Program for God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling)

Programmet skal gjennom klinisk forskning bidra til god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering for å bedre klinisk praksis gjennom hele sykdomsforløpet. Forskningen skal være pasient- og tjenesterelevant. Forskning på sykdommer som representerer store samfunnsmessige utfordringer og forskning på underrepresenterte pasientgrupper i den kommunale helse- og omsorgssektoren er sentralt i programmet. Programmet har bidratt med midler til strategisk satsing på kvinners helse og kjønnsperspektivet, behovsidentifisert forskning på CFS/ME og flere europeiske forskningsnettverk. Programporteføljen besto i 2018 av 72 prosjekter og viser en vekt mot anvendt klinisk forskning. Forskningen utføres hovedsakelig i universitets- og høyskolesektoren og i helseforetakene, men også noe i instituttsektoren.

Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (Globvac)

Programmets overordnede mål 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. Globvac hadde i 2018 en portefølje på 38 prosjekter, mot 46 i 2017 og et disponibelt budsjett på 168 mill. kroner. Det var en utlysning i 2018,

den første siden 2015. Programmet finansierer videreføringen av European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTPII) under Horisont 2020. Forskningsrådet deltar i generalforsamlingen i EDCTPII.

Strategiske satsinger

Strategiske satsinger er aktiviteter som ikke organiseres gjennom eget program. Dette omfatter tverrgående temaer som f.eks. kvinners helse og kjønnsperspektivet, og temaer der bevilgningen er for liten til å forsvare egne programetableringer.

Kvinnens helse og kjønnsperspektivet

Satsingen skal bidra til mer forskning om eldre kvinners helse, årsakene til uønskede forskjeller i helse- og tjenestetilbud mellom kvinner og menn i et livsløpsperspektiv, minoritetskvinnens helse, unge kvinners psykiske helse samt forebygging, diagnostikk, behandling og mestring av sykdommer som fører til langvarige sykmeldinger og uførhet blant kvinner. Kjønnsperspektivet skal ivaretas slik at dagens helseforskning i sterkere grad skal åpne for problemstillinger knyttet til ulikheter mellom kjønnene, jf. Likestillingsmeldingen. Det ble i 2017 utlyst 60 mill. kroner til satsingen. Fem av i alt 42 søknader ble innvilget. Det var ingen utlysning i 2018.

Forskningscentre for klinisk behandling

I 2018 ble det for første gang gjennomført søknadsbehandling for den nye ordningen, forskningscentre for klinisk behandling. Formålet er å bedre behandlingen av norske pasienter. Sentrene skal primært gjennomføre kliniske studier, bidra til overføring av basale oppdagelser til klinisk anvendelse, øke nasjonalt og internasjonalt samarbeid og utdanne kompetente klinikere. Første utlysning prioriterer alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som bl.a. ALS, MS, Parkinson og demens. Neuro-SysMed ved Helse Bergen HF vant utlysningen. Målsetningen for senteret er å etablere en klinisk behandlingssenheter som skal legge til rette for at pasienter fra hele Norge med de nevnte sykdommene kan delta i utprøvede behandlingsstudier. Tiltaket er en del av oppfølgingen av HelseOmsorg21-arbeidet og Nasjonal hjernehelsetrategi (2018–2024).

Evalueringer

Forskningsrådet lyste ut og igangsatte følgeevalueringer av fritt behandlingsvalg, pakkeforløp for kreft, samt evalueringer av rituell omskjæring av gutter og Omsorg 2020 i 2017.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	65 108	63 305	52 978
79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	72 450	73 570	75 544
	Sum kap. 0781	137 558	136 875	128 522

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til ulike utviklingsprosjekter i helse- og omsorgstjenesten. Nedenfor omtales enkelte tiltak.

Arbeid og helse (tidligere Raskere tilbake)

Helsedirektoratet har ivaretatt ansvaret for nasjonal koordinering av Helse- og omsorgsdeparte-

mentets del av ordningen Raskere tilbake fram til omleggingen og overføring av øremerkede midler til de regionale helseforetakenes ordinære budsjetttrammer fra 2018. Etter anbefaling fra de regionale helseforetakene ble tverrfaglige, kunnskapsbaserte og arbeidsrettede behandlingstilbud til personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser videreført innenfor ordinære budsjetter. Det ble samtidig avsatt midler til de regionale helseforetakene over kap. 732 post 70 til en

forskningsbasert evaluering av omleggingen, monitorering og kunnskapsspredning av tiltak og modeller med god effekt. Målsettingen etter omleggingen er at deltakelse i arbeid skal være en del av behandlingsopplegget der kunnskapsgrunnlaget tilsier at dette vil gi positiv helsegevinst. Helsedirektoratet vil understøtte dette arbeidet, og i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utvikle arbeids-helseområdet som fagfelt. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har utarbeidet en felles strategi og en tilstandsrapport om arbeid og helse. Strategien bygger på en grunnforståelse om at arbeidsdeltakelse for de aller fleste er helsefremmende. Som ledd i Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets strategi, har direktoratene etablert et nasjonalt fagråd for arbeid og helse. Direktoratene fikk i 2018 et likelydende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet om å samarbeide om å utvikle arbeids og helse-området som et fagfelt. Direktoratene har anbefalt at det utarbeides felles faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen både helse- og arbeidssektoren. Det vises til nærmere omtale av arbeid og helse i Nasjonal helse- og sykehusplan og i kap. 6.1.3, del II i Prop.1 S for 2020 fra Arbeids- og sosialdepartementet.

En vei inn

Gjennom prosjektet «En vei inn» etableres felles meldeportal for ulike meldeplikter. Målet er å gjøre det enklere å melde og å redusere underrapportering. En web-løsning for innmelding av hendelser ble tatt i bruk ved melding av bivirkninger av legemidler i november 2018. I 2019 videreutvikles løsningen til å inkludere øvrige bivirkningsordninger (vaksiner, kosmetikk, kosttilskudd), meldeordninger for medisinsk og elektromedisinsk utstyr, varselordningene til Helsetilsynet og Undersøkelseskommissjonen, samt meldinger fra pasienter og pårørende. «En vei inn» skal driftes og forvaltes av Nasjonal tjenesteleverandør fra 2020 (se omtale under kap. 701, post 72).

Prosjektet har i prosjektperioden hatt en fast årlig bevilgning på en mill. kroner fra kap. 781, post 21, mens aktørene som har aksjer i prosjektet har bidratt med øvrig finansiering. Midlene på kap. 781, post 21 foreslås videreført for å sikre en vellykket overgang fra utvikling til forvaltning og drift i 2020 for igangsatt arbeid, og gi mulighet til å inkludere gjenværende meldeordninger i den felles meldeportalen

I trygge hender 24-7

Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7 (2014–2018)* hadde som overordnede mål å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet samt forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Arbeidet fra programmet videreføres gjennom «Nasjonalt plan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring» og arbeidet med «i trygge hender 24-7» fortsetter.

Handlingsplanen viderefører de overordnede målene fra programmet og skal sikre en fortsatt samordnet og målrettet innsats for å redusere pasientskader, samt understøtte og legge til rette for at krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterleves. Planen har tiltak innenfor følgende områder: nasjonale satsinger, systemer og strukturer, ledelse og kultur, samt kompetanse.

Operasjonalisering og iverksetting av den nasjonale handlingsplanen er et svært viktig arbeid i 2019 og 2020. Helsedirektoratet har det primære ansvaret for den nasjonale overbygningen for arbeidet – i tett samarbeid med helse- og omsorgstjenesten, helseforvaltning og organisasjoner – samt å være et nasjonalt kompetansemiljø for pasientsikkerhet og forbedring

De regionale helseforetakene har gjennom oppdragsdokumentene fått i oppdrag å implementere programmets innsatsområder. Målet var at alle relevante enheter og avdelinger i spesialisthelsetjenesten skulle implementere innsatsområdene og redusere andel pasientskader med 25 pst. fra 2012 til 2018. Rapporteringen er gjengitt i del III under spesialisthelsetjenesten. Kartlegging av pasientskader ved metoden Global Trigger Tool, viser at det oppstod minst én pasientskade hos 11,9 pst. av pasienter innlagt ved norske sykehus i 2018. Dette er en nedgang fra 13,7 pst. i 2017, og den laveste andelen siden kartleggingen startet i 2010.

Ved utgangen av 2018 rapporterte 76 pst. av norske kommuner at de arbeidet med et eller flere av programmets innsatsområder. I samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester ble det arrangert flere læringsnettverk for kommunal helse- og omsorgstjeneste. I 2018 jobbet pasientsikkerhetsprogrammet særlig med satsingen pasient- og brukersikker kommune, som er pilotert i Tønsberg, Vestvågøy, Smøla, Lier og Karmøy.

Programmet gjennomførte i 2018 flere læringsnettverk, kurs, programmer og konferanser for å styrke forbedringskompetanse hos helsepersonell. En av disse er den årlige Pasientsikkerhetskonferansen som ble arrangert høsten 2018, med 1 300 deltakere fra hele helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)

Nasjonal kreftstrategi «Leve med kreft» (2018–2022) legger grunnlaget for at norsk kreftomsorg skal bli enda bedre. Det skal fortsatt vært høyt nivå på diagnostikk og behandling. Men det skal være større oppmerksomhet på pasientenes psykososiale behov og behovet for oppfølging etter avsluttet kreftbehandling.

Det skal etableres et *Pakkeforløp hjem* som skal beskrive hvordan pasientenes behov kan ivaretas i overgangen fra sykehus til kommunen. For nærmere omtale av innholdet i kreftstrategien vises det til Prop. 1 S (2018–2019).

Det er viktig at pasienter med uhelbredelig kreftsykdom tilbys god palliativ behandling som lindrer plager og gjør den siste delen av livet så god som mulig. Men palliativ behandling bør ikke bare være et tilbud mot slutten av livet. For pasienter som har behov for det, skal palliativ behandling være en integrert del av hele forløpet. Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om palliasjon innen utgangen av 2019. Det vises til nærmere omtale under kap. 761, post 21.

Pakkeforløp på psykisk helse og rusområdet

Seks pakkeforløp ble lansert høsten 2018, tre generelle og tre tilstandsspesifikke. De tre generelle forløpene er utredning og behandling psykiske lidelser voksne, utredning og behandling psykiske lidelser barn og unge, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). De tre tilstandsspesifikke forløpene er psykoselidelser, tvangslidelser (OCD) og spiseforstyrrelser barn og unge. Det er startet et omfattende implementeringsarbeid i helsetjenesten. De første pasientene kunne henvises til pakkeforløp psykisk helse og rus fra 1. januar 2019. Pakkeforløpene vil bli evaluert, dels ved å følge med på utviklingen ved bestemte målepunkter i forløpene og dels gjennom evaluering av ekstern evaluator.

Det er igangsatt arbeid med pakkeforløp gravide og rus, et samhandlingsforløp sammen med Bufdir og et normerende produkt knyttet til forebygging av tvang i psykisk helsevern. I løpet av 2019 er det planlagt oppstart av arbeid med pakkeforløp overdose, familie og rus, samt utvidelse av pakkeforløp spiseforstyrrelser opp til 23 år.

Det vises for øvrig til anmodningsvedtak nr. 840, nr. 841 og nr. 843 alle vedtatt 5. juni 2018

omtalt under kap. 734. Nevnte anmodningsvedtak omhandler pakkeforløp innen psykisk helse og rus.

Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren (InnoMed)

Målsettingen til InnoMed er å bidra til økt effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgssektoren gjennom utvikling av nye produkter og tjenester. Bevilgningen på totalt 12,9 mill. kroner i 2020 går til videreføring av InnoMed som nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet tjenesteinnovasjon i helse- og omsorgssektoren. Siden 1. januar 2019 er ansvaret for InnoMed flyttet til de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF. Det legges opp til et tett samarbeid med KS. Av bevilgningen skal det i 2020 overføres 4 mill. kroner fra Helse Midt-Norge RHF til Helsedirektoratet, til oppfølging av avtale om prosessveiledning av kommuner.

Norsk helsearkiv – interimsvirksomheten

Interimsorganisasjon Norsk helsearkiv avvikles i 2019. Bevilgningen til formålet på 10 mill. kroner foreslås ikke videreført i 2020.

Det vises for øvrig til kap. 704 Norsk helsearkiv.

Post 79 Tilskudd

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings- og kompetansehevede tiltak innenfor enkelte områder av helsetjenesten. Følgende tiltak fra saldert budsjett 2019 foreslås videreført i budsjettforlaget for 2020:

- Kliniske etikkomiteer. Øvrig tilskudd til sentret er omtalt under kap. 761, post 21
- Norsk ressursgruppe for organdonasjon (Norod)Stiftelsen organdonasjon
- Nasjonalt medisinsk museum
- Standard Norge
- Økt rekruttering av blodgivere. Tilskuddet utbetales til Røde Kors
- 25 mill. kroner til Blå Kors Kompasset. Blå Kors har utviklet modeller og tiltak som kan nå barn som er pårørende.
- 9,2 mill. kroner til Diabetesforbundet
- 7,2 mill. kroner til Norsk pasientforening og Landsforening for uventet barnedød
- 2,6 mill. kroner til Kreftlinjen
- 1 mill. kroner til onkologiske faggrupper

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	53 227	106 234	125 686
61	Tilskudd til kommuner	135 016	142 708	132 508
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	15 824	25 745	25 745
	Sum kap. 0783	204 067	274 687	283 939

Helse- og omsorgstjenesten er svært personell- og kunnskapsintensiv. Personell utgjør om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen. Både utdanning av helsepersonell og kompetanseutvikling er viktig for innholdet i og kvaliteten på tjenestene. Tilstrekkelig og riktig kompetanse må sikres, samtidig som tjenestene er preget av endring og utvikling.

Grunnutdanninger, videre-, etter- og spesialistutdanningene må være innrettet mot å møte pasientenes og tjenestenes behov. For å møte framtidige personell- og kompetanseutfordringer i tjenesten må både breddekompetanse og spesialisert kompetanse sikres for å ivareta og videreutvikle gode tjenestetilbud. Godkjennings- og autorisasjonsordningene må innrettes slik at sentrale målsettinger for den helhetlige helse- og omsorgstjenesten ivaretas.

Anmodningsvedtak

Helsepersonell blant beboere på mottak

Vedtaket nr. 437.2, 12. januar 2016

«Stortinget ber regjeringen om å legge til rette for at helsepersonell blant beboere på mottak rekrutteres slik at kommunene kan bruke asylsøkere med helsefaglig utdanning som norsk helsepersonells medhjelpere.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Meld. St. 30 (2015–2016) Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk, jf. Innst. 399 S (2015–2016). Helse- og omsorgsdepartementet viser til omtale i Prop. 1 S (2017–2018) for budsjetterminen 2018 for Helse- og omsorgsdepartementet, kapittel 14.

Regjeringen har forsøkt å følge opp vedtaket ved at Justis- og beredskapsdepartementet 22. august 2017 sendte på høring forslag til ny § 1-1 b i forskrift 15. oktober 2009 nr. 1286 om utlending-

gers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsforskriften) som på nærmere vilkår ville gitt utvidet adgang for enkelte grupper asylsøkere til å utføre frivillig, vederlagsfritt arbeid. Forslaget møtte betydelige innvendinger i høringen og regjeringen har besluttet å ikke gå videre med forskriftsendringen. Innenfor gjeldende utlendingsregelverk vil det derfor fortsatt være svært begrenset adgang til å benytte asylsøkere med helsefaglig utdanning som helsepersonells medhjelpere. Sett i lys av dette finner Helse- og omsorgsdepartementet det derfor lite formålstjenlig å utarbeide et rundskriv som informerer om hvilken adgang norsk helsepersonell har til å benytte medhjelpere innenfor gjeldende helseregelverk.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til kontroll- og konstitusjonskomiteens merknad i Innst. 291 S (2018–2019): *Komiteen viser til at regjeringen ikke finner det formålstjenlig å gjennomføre vedtaket og minner om at anmodningsvedtak man ikke vil gjennomføre skal oppheves ved et eget opphevingsvedtak.* Regjeringen foreslår at vedtak nr. 437.2 oppheves. Det vises til forslagsdelen i denne proposisjonen.

Medisinstudenter i primærhelsetjenesten

Vedtaket nr. 363, 19. desember 2017

«Stortinget ber regjeringen komme til Stortinget med en sak om hvordan alle medisinstudenter kan sikres økt praksis i primærhelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S (2017–2018), jf. Innst. 11 S (2017–2018).

Det er over tid identifisert behov for at en større andel av medisin og andre helseprofesjonsstudier ivaretas i primærhelsetjenesten. Utprøvinger av mer desentraliserte utdanninger pågår

flere steder, og tiltak som kan bidra til å stimulere til dette vil bli vurdert.

Nye retningslinjer for medisinutdanningen utarbeidet av representanter fra utdanningsinstitusjonen og primær- og spesialisthelsetjenesten har vært på høring sommeren 2019 og skal etter planen fastsettes av Kunnskapsdepartementet innen utgangen av 2019. Retningslinjene inneholder læringsutbyttebeskrivelser og krav til praksisperiodene som alle utdanningene må oppfylle. Retningslinjene skal danne grunnlaget for utdanningsinstitusjonenes studieplaner. Det vil være viktig å følge effekten av disse tiltakene over tid.

Autorisasjon av studier fra utlandet

Vedtak nr. 770, 7. juni 2017

«Stortinget ber regjeringen foreta en vurdering av mulige kompensere tiltak som kan bidra til at studenter som har avsluttet profesjonsstudier i utlandet, men som ikke får autorisasjon i Norge som følge av endret praksis i Helsedirektoratet etter at de har påbegynt studiet ved den aktuelle utdanningsinstitusjonen, kan oppnå autorisasjon i Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 16 (2016–2017), jf. Innst. 364 S (2016–2017).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at det har blitt etablert særskilte kvalifiseringsprogram for ELTE-utdannede med mastergrad i psykologi. Ett kvalifiseringsprogram omfattet 16 kandidater som fikk lisens før Helsedirektoratets praksisendring ble avsluttet i april 2019, og alle kandidatene har fått norsk autorisasjon som psykolog. Det andre kvalifiseringsprogrammet startet høsten 2018 og vil omfatte om lag 200 kandidater. Programmet vil ha en varighet på 13 måneder og vil ha puljevis oppstart.

Helsedirektoratet har også foretatt en mer generell vurdering av omfanget av praksisendringer og hvilke tiltak som kan iverksettes i slike tilfeller. Praksisendringer kan forekomme som en konsekvens av at utenlandske eller norske utdanninger blir endret, eller fordi godkjenningsmyndighetene gjør eller har gjort feil. Direktoratet har hatt et tett samarbeid med ANSA, Lånekassen og NOKUT om samordning av informasjon til utenlandsstudenter. Et viktig element i denne informasjonen er at ingen utdanninger kan forhåndsgodkjennes siden innhold, krav og fagplaner kan endres i løpet av studiene, og fordi regelverk kan endre seg. Det er imidler-

tid viktig at informasjon om praksisendringer gis så tidlig som mulig og helst før endringene iverksettes.

Spesialisering innen geriatri

Vedtak nr. 641, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen sikre at det er tilstrekkelig kapasitet for spesialisering innen geriatri for leger og sykepleiere.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018).

Som ledd i implementering av ny spesialistutdanning for leger har 16 (av 19 aktuelle) helseforetak og 3 private sykehus søkt om godkjenning som utdanningsvirksomhet i geriatri. Dette viser at utdanningskapasiteten for geriater er tilstrekkelig. Det finnes videreutdanninger i universitets- og høgskolesektoren i geriatrisk sykepleie, og i aldring og geriatrisk helsearbeid for sykepleiere og andre personellgrupper.

Masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie, som har vært på høring, skal utdanne kandidater som er kvalifisert til å yte helsehjelp til pasienter i alle aldre og skal rettes mot de samlede behovene i befolkningen, inkludert helsetjenester til eldre og skrøpelige med store og sammensatte behov. Det vises for øvrig til omtale av legenes spesialistutdanning under post 79.

Spesialisering innen geriatri

Vedtak nr. 642, 24. april 2018

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle akutt-sykehus i Norge har breddekompetanse innen behandling av eldre, og at alle store akutt-sykehus skal ha spesialist i geriatri.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument nr. 8:135 S (2017–2018), jf. Innst. 227 S (2017–2018).

16 (av 19 aktuelle) helseforetak og 3 private sykehus har søkt om godkjenning som utdanningsvirksomhet i geriatri. Forutsetningen for godkjenning som utdanningsvirksomhet er at foretaket/sykehuset har ansatt spesialister i geriatri. Av de tre helseforetakene som ikke har søkt godkjenning, har Helse Bergen ansatt spesialister i geriatri, mens Helse Førde og Nordlandssykehuset Bodø har indremedisiner med geriatrisk

kompetanse uten formell spesialitet. I ny spesialistutdanning for leger er det læringsmål i spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin og i de indremedisinske spesialitetene som sikrer breddekompetanse innen behandling av eldre. Det vises for øvrig til omtale av legenes spesialistutdanning under post 79.

Kvalitet i spesialistutdanningen for leger

Vedtak nr. 922, 12. juni 2018:

«Stortinget ber regjeringen sikre kvaliteten i spesialistutdanningen for leger gjennom nasjonalt standardiserte læringsaktiviteter, og følge opp at de regionale helseforetakene legger anbefalt antall læringsaktiviteter, benevnt som prosedyrelistene, til grunn for å sikre grunnleggende og lik kompetanse for alle legespesialister som utdannes i Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:210 S (2017–2018), jf. Innst.339 S (2017–2018).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for nasjonal standardisering i den nye ordningen for legenes spesialistutdanning i henhold til Stortingets vedtak. Departementet har også fulgt opp gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene. Det vises for øvrig til omtale av legenes spesialistutdanning under post 79.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For å få et klarere skille mellom midler til statlige driftsutgifter og tilskuddsmidler, er bevilgningen delt mellom post 21 og post 79, Andre tilskudd. Det er gitt en samlet omtale under post 79.

Post 61 Tilskudd til kommuner

Det gis tilskudd til kommuner for leger i del 1 av spesialistutdanningen. For omtale av ordningen, se kap. 732, post 70.

Ordningen med veiledet tjeneste er under avvikling og bevilgningen til formålet reduseres med 10,2 mill. kroner. Ordningen med veiledet tjeneste er erstattet av et krav om spesialisering i allmenntidmedisin. Fra 1. mars 2017 kom det ingen nye leger inn i ordningen med veiledet tjeneste, men de legene som enten var under veiledning per 1. mars 2017 eller som hadde inngått avtale med kommunen om å gjennomføre veiledet tjeneste, vil fortsatt kunne gjennomføre denne.

Post 79 Andre tilskudd

Helsepersonellregisteret og Legestillingsregisteret

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven. Legestillingsregisteret (LSR) gir en nasjonal oversikt over fordeling av legestillinger og skal omfatte alle leger i helsetjenesten. Registeret skal også ha oversikt over utdanningsvirksomheter og leger i spesialisering for de ulike spesialitetene. Helsedirektoratet er eier og faglig forvalter av HPR og LSR, mens Direktoratet for e-helse forvalter plattformen registeret benytter.

Helsepersonell utdannet i utlandet

Helsedirektoratet har ansvar for autorisasjon og godkjenning av helsepersonell som skal sikre at pasienter møter helsepersonell som har riktig utdanning og kompetanse. Det ble i 2018 behandlet 20 200 søknader om autorisasjon og lisens fra søkere over hele verden, i tillegg til 1 777 søknader om offentlig spesialistgodkjenning og forlengelse av tilleggstakst for allmennleger.

Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits er innført fra 2017 og stiller krav om språktest og kurs i nasjonale fag for de 29 lovregulerte helseprofesjonene. I tillegg kreves prøve i legemiddelhåndtering og fagprøve for noen profesjoner. Helsedirektoratet har inngått avtaler med forskjellige utdanningsinstitusjoner om kurs i nasjonale fag og fagprøver. Språkkravet er Bergenstesten nivå B2. Gjennomføring av tilleggskravene gir søkerne økte kostnader for å oppnå autorisasjon. Det kan forventes nedgang av søknader som kan gi redusert tilgang på enkelte yrkesgrupper. Etter innføring av nye krav har det vært betydelig nedgang i antall søknader fra helsefagarbeidere, leger, farmasøyter, sykepleiere og tannleger med utdanning fra utenfor EØS og Sveits. Blant de med utdanning fra EØS-land har det vært størst nedgang i søknader fra reseptarfarmasøyter, helsefagarbeidere og leger.

Personell- og kompetansestatistikk

Statistikk og framskrivninger er viktig for arbeidet med å sikre helse- og omsorgstjenestene tilgang på tilstrekkelig personell med relevant kompetanse til å dekke behovene i årene framover. Helsemyndighetene anvender Statistisk sentralbyrås beregningsmodell Helsemod for framskrivning av tjenestenes behov for personell på nasjo-

nalt nivå. I 2018 gav Helsedirektoratet SSB i oppdrag å lage nye framskrivninger og analyser med bruk av Helsemod. De nye framskrivningene ble publisert våren 2019. Sammenliknet med tidligere er det gjennomført en grundigere vurdering av de viktigste faktorene som forklarer utviklingen i etterspørselen etter arbeidskraft og en grundigere drøfting av endringer i arbeidskraftens sammensetning i de ulike næringene. Framskrivninger bidrar til et bedre kunnskapsgrunnlag i arbeidet med tilgang på personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, og ses i sammenheng med andre framskrivninger og tiltak for bedre tjenesteorganisering og bedre anvendelse av personellet.

Legenes spesialistutdanning

Ny ordning for legenes spesialistutdanning er i sin helhet iverksatt fra og med 1. mars 2019. Alle helseforetak har utarbeidet søknader om hvordan utdanningen skal ivaretas for de ulike spesialitetene og sendt disse til Helsedirektoratet for godkjenning. Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin er etablert etter ny ordning og Helsedirektoratet har gitt spesialistgodkjenning til de første legene i spesialiteten. En viktig oppgave i 2020 er å legge til rette for ny ordning for spesialistutdanning i allmenntidmedisin. Stortingets vedtak nr. 922, 12. juni 2018 om nasjonal standardisering av læringsaktiviteter er fulgt opp, jf. kapittelomtalen innledningsvis.

Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie

Helsedirektoratet utarbeidet i 2018 et forslag til nasjonal studieplan for ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie med en tilhørende konsekvensanalyse for statlig forvaltning ved innføring av spesialistgodkjenning for sykepleiere med denne utdanningen.

For å tilpasse denne utdanningen til systemet for de høyere helsefaglige utdanningene har Helsedirektoratet i perioden fram til 1. april 2019 samarbeidet med RETHOS-sekretariatet for å utarbeide en forskrift om nasjonal faglig retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Arbeidet er gjort på grunnlag av forslag til nasjonal studieplan fra Helsedirektoratet i 2018. Forskriften ble sendt på høring fra Kunnskapsdepartementet 1. april 2019. Som utdypende bakgrunnsdokument for innretning av studiet ved de forskjellige utdanningsinstitusjonene har Helsedirektoratet publisert rapporten IS-2822 *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie*. Til-

svarende breddeutdanning vurderes for å dekke behov i spesialisthelsetjenesten.

Kurs og veiledningstiltak

I regi av fylkesmennene gis det tilskudd til kurs og veiledningsprogram for del 1 av spesialistutdanningen for leger og turnusfysioterapeuter, samt til veiledere for leger i del 1 og turnusfysioterapeuter. Tilskudd til reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanningen og til fysioterapeuter i turnus gis etter eget regelverk hvor distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges.

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det var om lag 60 kiropraktorkandidater i turnustjeneste i 2018. Det gis tilskudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar imot turnuskandidater. Det forventes at antall kandidater vil ligge på samme nivå de nærmeste årene.

Kvalifikasjonsprogram for autorisasjonssøkere med mastergrad i psykologi fra ELTE-universitetet i Ungarn

Helsedirektoratet gjorde høsten 2016 en praksisendring som innbar avslag til et større antall søkere med mastergrad i psykologi fra ELTE-universitetet i Ungarn. Praksisendring skjedde som følge av ny informasjon fra ungarske myndigheter om at utdanningen ikke ga adgang til å utøve regulert yrke som psykolog i Ungarn. Det er etablert et særskilt kvalifiseringsprogram for om lag 200 norske kandidater som ble berørt av praksisendringen, jf. Prop. 85 S (2017–2018) og Innst. 400 S (2017–2018). Programmet hadde oppstart høsten 2018 og løper fram til 2020 med gradvis innfasing av de aktuelle kandidatene over tre kull.

Kostnadene til programmet vil fluktuere noe fra år til år avhengig av hvor mange kandidater som til enhver tid gjennomfører programmet og kostnader forbundet med dette. Det er lagt opp til noe overlapp mellom puljene, slik at det på gitte tidspunkt vil være mer enn en pulje som gjennomfører programmet. Det foreslås å øke bevilgningen med 20 mill. kroner til kvalifikasjonsprogrammet i 2020. Samlet foreslås det om lag 88 mill. kroner til formålet i 2020.

Alternativ behandling

Formålet med bevilgningen er å utvikle og formidle kunnskap om hva alternativ behandling er, bidra til etisk bevissthet blant utøverne, samt

bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Bevilgningen dekker utgifter til registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene (Altbas) og tilskudd til Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam). I tillegg til

forskningsvirksomhet tilbyr Nafkam lettfattelig, kvalitetssikret og kunnskapsbasert informasjon om alternativ behandling. Nafkam bidrar internasjonalt som et av to europeiske samarbeidssentre for tradisjonell medisin i Verdens Helseorganisasjon.

Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden

Folketrygdens stønad til 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 til helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regionale helseforetak for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

Folketrygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og røntgeninstitut, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester. Refusjonstakstene for lege-, fysio- og psykologtjenester blir fastsatt som resultat av de årlige takstforhandlingene.

Innen tannhelse gis det stønad til tannregulering hos barn og unge, og til dekning av utgifter til tannbehandling til voksne som har særskilte sykdommer eller lidelser.

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. Det vises til omtale under programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning.

Egenandelstak 1 ble automatisert i 2010, egenandelstak 2 ble automatisert i 2017.

Det er en generell bagatellgrense for alle utbetalinger etter folketrygdloven kapittel 5 (helse-refusjonsområdet). Stønader som utgjør mindre enn 200 kroner blir ikke utbetalt.

Det vises til omtale i del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	5 504 374	5 800 320	5 960 800	2,8
	Sum kategori 30.10	5 504 374	5 800 320	5 960 800	2,8

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
70-89	Andre overføringer	5 504 374	5 800 320	5 960 800	2,8
	Sum kategori 30.10	5 504 374	5 800 320	5 960 800	2,8

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
70	Spesialisthjelp	2 028 508	2 135 000	2 276 700
71	Psykologhjelp	300 751	323 000	336 100
72	Tannbehandling	2 196 834	2 318 320	2 200 500
76	Private laboratorier og røntgeninstitut	978 281	1 024 000	1 147 500
	Sum kap. 2711	5 504 374	5 800 320	5 960 800

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til spesialist- og psykologhjelp, tannbehandling og private laboratorier og røntgeninstitut etter folketrygdens kapittel 5.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak, underliggende vekst og generell pris- og lønnsjustering:

- 89,5 mill. kroner i redusert bevilgning til tannbehandling, hvorav 50,5 mill. kroner i innstramming i stønad til tannregulering, 22 mill.

kroner i underregulering av takster med 1 prosentpoeng og 17 mill. kroner i reduksjon i enkelttakster.

- Av den ovennevnte reduserte bevilgningen omdisponeres 17 mill. kroner til tannhelseområdet, fordelt mellom 15 mill. kroner til styrket odontofobi-tilbud på kap. 770 Tannhelsetjenester, og 2 mill. kroner til styrket kontroll med takstbruken på tannhelseområdet i regi av HELFO på kap. 740 Helsedirektoratet.

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. Avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra regionale helseforetak, trygderefusjoner og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Det skal ikke betales egenandel ved:

- kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- behandling av barn under 16 år og ved psyko-terapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år.

- undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette 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.

De regnskapsførte utgiftene økte med 116 mill. kroner fra 2017 til 2018, tilsvarende 6 pst. Utgiftsveksten kan forklares med aktivitetsøkning i form av flere konsultasjoner, endringer i takster og egenbetaling og endringer i takstbruken, f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler. Volumveksten forklarer 2,8 pst. av veksten i 2018. Honorartakstene ble økt 1. juli 2019 med knapt 4,1 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2020. Volumveksten i 2019 anslås til 4 pst.

Tabell 4.16 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2017–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
Kap. 2711, post 70	1 912	2 008	2 135	2 290
Volumvekst (anslag)	1,5 %	2,8 %	3 %	3 %

Det vises til omtale under del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Post 71 Psykologhjelp

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende psykologspesialist dekkes etter folketrygdloven § 5-7 med forskrifter. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister).

Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege, psykolog eller fra barnevernadministrasjonens leder. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster og pasienten må vanligvis betale 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 4.17 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2017–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Endring
Psykologer med avtale	241,1	261,9	8,6 %
Psykologer uten avtale	43,1	37,0	-14,2 %
Avsetning til fond	1,8	1,9	5,6 %
Sum kap. 2711, post 71	286,0	300,8	5,2 %

De regnskapsførte utgiftene til privatpraktiserende psykologer økte med 15 mill. kroner til 299 mill. kroner i 2018, eller med 5,1 pst. Utgiftsveksten i 2018 skyldes bl.a. takstoppgjøret i

2018, som ga et påslag på takstene på 3,44 pst. og en anslått volumvekst på 1,6 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2019 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2020.

Tabell 4.18 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2017–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
Kap. 2711, post 71	286,0	300,8	323,0	341,0
Volumvekst (anslag)	1,6 %	1,6 %	4 %	3 %

Post 72 Tannbehandling

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6 a og 5-25. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege eller tannpleier ved angitte diagnoser og/eller tilstander. De diagnosene og tilstandene som i dag gir rett til folketrygdstønad til tannbehandling, kan inndeles i følgende grupper:

- Tilfeller der en bakenforliggende sykdom eller medisinsk tilstand eller behandlingen av denne gir store tannhelseproblemer.

- Tannregulering, hovedsaklig til barn og unge.
- Tann/kjevesykdommer som inntreffer uavhengig av andre somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander.

Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71. Folketrygden gir stønad basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det gis også stønad til tannbehandling som faller inn under yrkesskade etter folketrygdloven § 13.

Tabell 4.19 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2017–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
Kap. 2711, post 72	2 356,2	2 196,8	2 318,3	2 200,8
Volumvekst (anslag)	2 %	-6,0 %	0 %	1 %

Fra 2017 til 2018 ble folketrygdens utgifter til stønad til tannbehandling redusert med 160 mill. kroner, fra 2 356 mill. kroner til 2 197 mill. kroner. Nedgangen utgjør 6,8 pst. Størst nedgang var det i stønad til tannbehandling til personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg som følge av varig

somatisk eller psykisk sykdom, eller ved varig nedsatt funksjonsevne. Utbetalt stønad i denne ordningen ble redusert fra 219 mill. kroner i 2017 til 58 mill. kroner i 2018, en nedgang på 161 mill. kroner. Nedgangen er større enn forventet, og har trolig både sammenheng med departementets

presiseringer og endringer i vilkårene fra 2018, samt at tannlegene har strammet inn sin egen bruk av ordningen.

Det var liten endring i utgiftene fra 2017 til 2018 innenfor ordningene med størst utgifter, som kjeveortopedi, periodontitt og munntørrhet.

Takster for stønad til tannbehandling fra folketrygden foreslås økt i 2020 med i gjennomsnitt 2,2 pst. Økningen er 1 pst. lavere enn forventet pris- og kostnadsvekst på 3,2 pst, og innebærer en innsparing for folketrygden på om lag 22 mill. kroner. Dette bidrar til at de statlige takstene ikke virker prisdrivende i markedet.

Det foreslås en nedjustering av enkelttakster på områder der bruken av takster har økt og medført økte statlige utgifter, tilsvarende 17 mill. kroner i reduserte utgifter. 15 mill. kroner foreslås omdisponert til kap. 770 Tannhelsetjenester for å styrke tilbudet til tortur- og overgrepsofre samt personer med alvorlig angst for tannbehandling og 2 mill. kroner til kap. 740, post 21 Helse- og omsorgsdepartementet for å styrke Helfo sin kontroll med takstbruken på tannhelseområdet. Det vises til kap. 740, post 21.

Omlagging av stønad til tannregulering

Fra 2020 foreslås det en innstramming i folketrygdstønad til tannregulering (kjeveortopedi). Folketrygdens stønadsordning til tannregulering for barn og unge er gruppert i tre kategorier: svært stort behov (gruppe a), stort behov (gruppe b) og klart behov (gruppe c). Forslaget innebærer å avvikle stønad for de fleste tilstander i gruppe c, som er kategorien med minst behov, og gjelder forhold som i hovedsak er av kosmetisk/estetisk karakter. Forslaget om å fjerne stønad til tannregulering for de fleste personer i gruppe 8c medfører en antatt innsparing i 2020 på 50,5 mill. kroner.

Det foreslås at personer som har igangsatt behandling innen 31. desember 2019, beholder rett til stønad etter gjeldende regelverk i 2019. Innsparingseffekten av forslaget kommer gradvis over tid. Full effekt på om lag 130 mill. kroner oppnås først i 2024, det vil si omkring fem år etter omlagingsstart i 2020.

I Prop. 1 S (2018–2019) omtalte departementet at Helse- og omsorgsdepartementet på oppdrag fra departementet har foretatt en bred utredning av folketrygdens stønad til tannregulering. I 2017 foreslo Helse- og omsorgsdepartementet i Rapport IS-2653 at mindre avvik i bitt- og tannstillingsforhold ikke lenger bør omfattes av folketrygdens stønad.

Blankholm-utvalget avga sin innstilling i desember 2018, NOU 2018: 16 Det viktigste først. Utvalget har bl.a. foreslått at det gjennomføres en analyse av folketrygdens stønadsordninger til tannbehandling i lys av de prioriteringskriterier som er foreslått av utvalget. Utvalget viser til Helse- og omsorgsdepartementets utredning om kjeveortopedi, og mener at dette er et eksempel på at dagens stønadsordning ikke er utformet i tråd med kriteriene for prioritering. Utvalget har også foreslått en gjennomgang av tannhelsetjenestelovens lovfestede rettigheter til bestemte grupper i lys av prioriteringskriteriene.

Kjeveortopedier undersøker hvert år kjeve- og tannstilling til om lag 30–35 000 barn og unge. Om lag 98 pst. av dem som undersøkes, gjennomfører et behandlingsløp med tannregulering. For de fleste går behandlingen over et tidsrom på 18–24 måneder. I 2018 mottok 41 pst. av barna i aldersgruppen 13–14 år, stønad til tannregulering. I perioden 2012–2018 har det vært en økning i andelen barn og unge som mottar stønad til tannregulering.

Av om lag 32 000 personer som påbegynte behandling med stønad fra folketrygden i 2016, hadde om lag 1000 personer bittforhold kategorisert i gruppe a, om lag 18 000 personer i gruppe b og om lag 13 000 personer i gruppe c. I perioden 2012–2018 har gruppe a og b vokst relativt mer enn gruppe c.

Det ventes at forslaget medfører en nedgang i antall personer som starter opp med kjeveortopedisk behandling, fra om lag 30 000 personer i 2019 til på sikt om lag 20 000 personer per år.

Barn og unge med bittforhold som fyller vilkårene i gruppe c, mottar 40 pst. i stønad fra folketrygden etter dagens regelverk. Med oppnådd søskenmoderasjon er stønaden 60 pst. Folketrygdens stønad baseres på Helse- og omsorgsdepartementets fastsatte honorartakster. Tannleger har fri prissetting, og i markedet er prisene ofte høyere enn departementets fastsatte takster. Dette fører til at de fleste som får tannregulering, i realiteten får en lavere stønadsandel enn 40/60 pst. av tannlegens pris. Stønadsomfang varierer med lengde og omfang på behandlingen, samt antall kontroller.

Det foreslås å avvikle stønadsordningen for de fleste tilstandene som i dag hører inn under gruppe 8c klart behov. Dagens regelverk gir stønad på grunnlag av seks ulike tannstillingsforhold, inndelt i undergrupper c1–c6. Det foreslås å avvikle stønad i gruppene c1–c5 samt deler av c6. Dette er tannstillingsforhold som i hovedsak er av kosmetisk/estetisk karakter. Tilstandene anses ikke å ha betydning for tannhelsen generelt, eller

for sentrale funksjoner knyttet til å bite, tygge eller snakke. For enkelte barn og unge kan det være problematisk å ha en tannstilling som ikke fullt ut anses av den enkelte å være estetisk tilfredsstillende, men for de fleste vil det være uproblematisk.

I 2018 ble det utbetalt 587 mill. kroner i stønad fra folketrygden til tannregulering. Av dette gjaldt 146 mill. kroner behandling av tilstander i behovsgruppen med minst behov (gruppe 8c). En liten del av utbetalt stønad gjaldt tannregulering til personer over 20 år, der behandling skal være påbegynt før fylte 18 år.

Forslaget til innstramming innebærer at stønad til kjeveortopedisk behandling avvikles for de aller fleste tilstander som etter dagens regelverk er kategorisert i gruppe c. Det foreslås å beholde stønad til enkelte pasienter som er kategorisert i gruppe c6, med skjerpede vilkår sammenliknet med dagens vilkår til gruppe c6 plassmangel i front. Det anslås på usikkert grunnlag at ved å opprettholde stønaden for disse pasientene, får på sikt om lag 3000 personer årlig stønad i gruppe c til oppstart av behandling med trangstilling i front som grunnlag.

Det foreslås at de som har påbegynt behandling før 1. januar 2020, opprettholder rett til stønad fram til den aktive behandlingen er avsluttet. Den aktive behandlingen anses påbegynt når takst 601 Behandlingsplanlegging er utløst. For dem som avslutter behandlingen etter 1. januar 2020 gis det ikke stønad til retensjonskontroller.

Departementet har ingen oversikt over priser på tannregulering, eller omfanget av foreldrenes egenbetaling, da tannleger ikke registrerer pris- eller egenbetalingsopplysninger til offentlig myndighet. Det er igangsatt et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Norsk kjeveortopedisk forening for å forbedre kjeveortopedenes registrering av priser inn til Forbrukerrådets prisportal www.hvakostertannlegen.no. Formålet med dette er å lette mulighetene for foreldre og barn til å undersøke prisvariasjoner mellom ulike kjeveortopedier.

Departementet har gitt Statistisk sentralbyrå i oppdrag å foreta en sosioøkonomisk analyse over barn og unge som mottar stønad til tannregulering. Utredningen ventes ferdig i løpet av høsten 2019.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitut

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitut inngår i det samlede tilbudet av spesialisthel-

setjenester. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitut. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling pga. sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier og røntgeninstitut 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 røntgeninstitut må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitut økte med 67 mill. kroner eller 7,4 pst. i 2018. Refusjonene ble prisjustert med om lag 1,4 pst. i 2019, dvs. en underregulering sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst.

Som for de regionale helseforetakene, foreslås refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester underregulert sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, svarende til en innsparing for folketrygden med om lag 15 mill. kroner i 2020. Underreguleringen må ses på bakgrunn av ønsket om videre stimulering til økt effektivisering av laboratorie- og radiologiområdet.

Finansieringssystemet for laboratorieanalyser ble lagt om fra 2018. Ikke alle fagområder og prosedyrer var omfattet av omleggingen. Fra 2020 overføres klinisk nevrofysiologi til ISF-ordningen, jf. kap. 732, post 76. Nåværende refusjonstakster vil avvikles. Dette innebærer at det flyttes knapt 1,2 mill. kroner fra kap. 2711, post 76 til kap. 732, post 76. Endringen vil medføre at eksisterende avtale(r) mellom private laboratorier og de regionale helseforetakene vil måtte reforhandles/justeres for å ta høyde for den tekniske endringen i refusjonssystemene. Det tas sikte på å inkludere patologi i det nye refusjonssystemet fra 2021.

Tabell 4.20 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2017–2018 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Endring
Laboratorium	523,0	663,0	26,8 %
Røntgen	228,0	315,0	9,4 %
Sum kap. 2711, post 76	911,0	978,0	7,4 %

Programkategori 30.50 Legehjelp

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
2751	Legemidler mv.	12 047 216	11 359 900	12 450 000	9,6
2752	Refusjon av egenbetaling	6 108 628	6 228 200	6 490 874	4,2
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	6 898 987	7 266 600	7 588 111	4,4
2756	Andre helsetjenester	612 085	743 000	667 000	-10,2
	Sum kategori 30.50	25 666 916	25 597 700	27 195 985	6,2

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	410 843	413 000	454 000	9,9
70-89	Andre overføringer	25 256 073	25 184 700	26 741 985	6,2
	Sum kategori 30.50	25 666 916	25 597 700	27 195 985	6,2

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
70	Legemidler	10 072 791	9 310 800	10 332 000
71	Legeerklæringer	6 845	7 000	8 000
72	Medisinsk forbruksmateriell	1 967 580	2 042 100	2 110 000
	Sum kap. 2751	12 047 216	11 359 900	12 450 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Bevilgningen dekker også honorar til

leger som fyller ut søknad om individuell stønad til legemidler på blå resept på vegne av pasienter.

Sammenliknet med saldert budsjett 2019 foreslås følgende bevilgningsendringer:

- 120 mill. kroner overføres til de regionale helseforetakene. Midlene er knyttet til helårseffekt av overføringen av finansieringsansvar for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2019, jf. Prop. 1 S (2018–2019) og Innst. 11 S (2018–2019).
- 145 mill. kroner overføres til de regionale helseforetakene som følge av forslag om endret finansieringsansvar for legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor terapiområdene ALS, jernoverskudd, Cushings syndrom og immunglobuliner. Overføringen skjer fra 1. september 2020.
- 3 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av avanseendringene på A- og B-preparater og på uregistrerte legemidler fra 1. juli 2019, jf. Prop. 114 S (2018–2019).

Post 70 Legemidler

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsakelig etter blåreseptordningen, jf. folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften. Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig 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, jf. §§ 2 og 4. Refusjonskravet for legemidlene inntreer 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.

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel i 2019 på 39 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 ht. 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. Også alders- og AFP-pensionister som mottar særtillegg er fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Videre er uføretrygdede med minstestytelse fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Dette gjelder også for uføretrygdede der vedkommende før 2015 var minstepensjonist, og det ikke har skjedd andre endringer i ytelsen enn at den fra 2015 er omregnet til uføretrygd.

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 forbruksmateriell på blå resept samlet ikke skal overstige 2325 kroner i 2019.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler og næringsmidler på blå resept i 2018 over kap. 2751, post 70, var 10,07 mrd. kroner, en reduksjon på 1,2 pst. fra 2017. Hvis egenandeler dekket av frikort tas med, var utgiftene 11,3 mrd. kroner i 2018. Overføring fra folketrygd til de regionale helseforetakene har bidratt til å redusere veksten under folketrygden. Det vises til nærmere omtale i del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Tabell 4.21 Folketrygdens utgifter til legemidler de siste fem årene (mill. kroner)

År	Utgifter	Endring	Endring i pst.
2013	8 874	793	9,8 %
2014	8 997	123	1,4 %
2015	10 149	1 153	12,8 %
2016	10 011	-138	-1,4 %
2017	10 200	189	1,9 %
2018	10 073	-127	-1,2 %

Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2018 behandlet Legemiddelverket 55 saker om forhåndsgodkjent refusjon etter § 2, hvorav 52 fikk innvilget refusjon eller endrede refusjonsbetingelser. 17 av sakene gjaldt nye virkestoff, ny indikasjon eller ny formulering. I 14 av disse sakene ble det innvilget forhåndsgodkjent refusjon.

Overføring av legemidler til de regionale helseforetakene

Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne tilstander og veksthormonforstyrrelser ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2019, jf. Prop. 1 S (2018–2019) og Innst. 11 S (2018–2019). I 2020 vil helseforetakene få helårskostnader knyttet til legemidlene. Det foreslås å flytte til sammen 120 mill. kroner fra folketrygdens kap. 2751, post 70 til kap. 732 som følge av dette.

Med henvisning til Prop. 114 S (2018–2019), jf. Innst. 391 S (2018–2019), foreslås det videre at de regionale helseforetakene fra 1. september 2020 får overført finansieringsansvaret for legemidler til behandling av komplikasjoner ved nyresvikt, legemidler brukt i forbindelse med transplantasjoner og legemidler innenfor terapiområdene ALS, jernoverskudd, Cushings syndrom og immunglobuliner, jf. omtale under kap. 732. Utgiftene til legemidler under folketrygden reduseres som følge av dette med 145 mill. kroner i 2020, tilsvarende fire-måneders effekt, og midlene overføres fra kap. 2751, post 70 til kap. 732.

Avanseendringer på A- og B-preparater og på uregistrerte legemidler

Fra 1. juli 2019, jf. Prop. 114 S (2018–2019) og Innst. 391 S (2018–2019), ble det gjennomført følgende endringer i apotekavansen på legemidler:

- avansetillegget for A/B-preparater ble økt fra 15 kroner til 19 kroner per pakning.
- for uregistrerte legemidler ble prosenttillegget redusert fra 25 pst. til 15 pst. og kronetillegget ble økt fra 35 kroner til 75 kroner per pakning.

For 2020 vil disse endringene gi en innsparing for folketrygden på 3 mill. kroner.

Legemidler til behandling av erektil dysfunksjon

Legemiddelverket har metodevurdert aktuelle legemidler til bruk ved erektil dysfunksjon (ED) og anslått de budsjettmessige konsekvensene. Legemiddelverket mener at bruk av legemidler ved ED er kostnadseffektiv behandling, og de anslår folketrygdens årlige merutgifter knyttet til eventuell forhåndsgodkjent refusjon for Viagra (sildenafil), Caverject Dual (alprostadil) og Vitaros (alprostadil) til å være større enn fullmaktsgrensen på 100 mill. kroner i minst ett av de fem første årene med refusjon jf. omtale i Prop. 1 S (2018–2019). Regjeringen har ikke funnet å kunne prioritere forhåndsgodkjent refusjon av disse legemidlene i statsbudsjettet for 2020.

Legemidler til behandling av høyt kolesterol

Legemiddelverket har gjort en ny metodevurdering av det kolesterolsenkende legemidlet Repatha (evolokumab). Vurderingen omfatter seks ulike pasientpopulasjoner som er aktuelle for behandling. Disse omfatter i hovedsak samme pasientgrupper som i dag kan få dekket behandlingen etter individuell stønad, men med et lavere krav til kolesterolnivå som gjør at flere pasienter innenfor hver pasientgruppe blir omfattet.

De samlede merkostnadene for folketrygdens legemiddelbudsjett er imidlertid beregnet til om lag 150 mill. kroner det femte året, og overstiger dermed fullmaktsgrensen på 100 mill. kroner.

Regjeringen har ikke funnet å kunne prioritere refusjon av dette legemidlet i statsbudsjettet for 2020.

Det er per i dag inngått refusjonskontrakter om individuell stønad for Repatha og konkurrenten Praluent. Disse avtalene videreføres inntil videre med de etablerte vilkårene for stønad.

Legemidler til behandling av migrene

Statens legemiddelverk har gjennomført metodevurdering av et nytt migrenelegemiddel, erenumab (Aimovig). For pasientgruppen med kronisk migrene er prioriteringskriteriene oppfylt. Det er anslått at merkostnadene for folketrygden vil være over fullmaktsgrensen. Legemiddelverket har for å kunne innvilge refusjon over blåreseptordningen.

Erenumab var den første såkalte CGPR-hemmeren som kom på markedet, og det første legemidlet spesifikt utviklet til migreneprofylakse. Fremanezumab og galcanezumab er to andre CGRP-hemmere som nylig har fått markedsføringstillatelse og som trolig vil vurderes for refusjon i løpet av 2019/2020. I tillegg er det ventet at ytterligere en CGRP-hemmer kommer på markedet.

Legemiddelverket, i samarbeid med Sykehusinnkjøp, er gitt i oppdrag å gjennomføre prisforhandlinger eller anbud for denne type legemidler slik at de kan tilbys norske pasienter.

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. Legeerklæringsstakstene fastsettes av staten.

Utgiftene til legeerklæringer var 7 mill. kroner i 2018, mot 6,2 mill. kroner i 2017.

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 dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens (urinklekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir solgt gjennom 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. Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) har ansvar for området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. Helseledelse og Helfo har bl.a. fullmakt til å bestemme nærmere krav til blåreseptenes innhold, krav til diagnose/funksjonsevne knyttet til produktgrupper eller enkeltprodukter, ev. antallsbegrensning i utlevering, inntak og uttak i produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 1 968 mill. kroner i 2018, mot 1 909 mill. kroner i 2017. Inklusive frikort var utgiftene 2 213 mill. kroner.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
70	Egenandelstak 1	5 134 526	5 214 200	5 451 274
71	Egenandelstak 2	974 102	1 014 000	1 039 600
	Sum kap. 2752	6 108 628	6 228 200	6 490 874

Det foreslås:

- å øke egenandelstak 1 med 91 kroner fra 2369 kroner til 2460 kroner.

- å øke egenandelstak 2 med 91 kroner fra 2085 kroner til 2176 kroner.
- å øke egenandelen for lege-, psykolog- og fysioterpitjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opp-

hold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet, samt pasientreiser med 6,85 pst. Egenandelen for pasientreiser og opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli som svarer til en økning på vel 3,4 pst. for året under ett.

- å flytte 16,4 mill. kroner til kap. 2752, post 70 fra kap. 732, post 72–75 i forbindelse med utvidelse av hvilke personellgrupper som kan kreve egenandel ved poliklinisk helsehjelp i sykehusene og i forbindelse med at det skal kunne kreves egenandel for telefonkonsultasjoner.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til egenandelstak 1 og egenandelstak 2 etter folketrygdlovens kapittel 5.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet.

Det er Helfo som har ansvaret for frikortordningene.

Det er en generell bagatellgrense for alle utbetalinger etter folketrygdloven kapittel 5 (helsesfusjonsområdet). Stønader som utgjør mindre enn 200 kroner blir ikke utbetalt.

Post 70 Egenandelstak 1

Det foreslås å flytte 274 000 kroner fra kap. 2752, post 70 til kap. 762, post 63 for å gjennomføre pilotprosjekt på legevaktfeltet.

Videre foreslås det å flytte 16,4 mill. kroner til kap. 2752, post 70 fra kap. 732, post 72–75 i forbindelse med utvidelse av hvilke helsepersonellgrupper som kan kreve egenandel ved poliklinisk helsehjelp i sykehusene og i forbindelse med at det skal kunne kreves egenandel for telefonkonsultasjoner. Det vises til omtale på kap. 732, post 72–75.

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, legemidler på blå resept og medisinsk forbruksmateriell samt pasientreiser. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

I 2019 er egenandelstaket 2369 kroner. Når utgiftstaket er nådd mottar brukeren automatisk et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret.

Det foreslås å øke egenandelstak 1 med 91 kroner fra 2369 kroner til 2460 kroner i 2020.

Tabell 4.22 Utgifter dekket over egenandelstak 1 2017–2018 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Endring
Legehjelp	2 656,6	2704,8	1,8 %
Psykologhjelp	116,6	111,8	-4,1 %
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 529,0	1615,9	5,7 %
Pasientreiser	707,7	702,0	-0,8 %
Sum kap. 2752, post 70	5 009,9	5 134,5	2,5 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 5 010 mill. kroner i 2017 til 5 135 mill. kroner i 2018, en økning på 2,5 pst.

I 2018 ble det utstedt 1 276 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen, det samme som i 2017. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket. De fleste refusjonskravene som går inn under egenandelstak 1 sendes nå inn elektronisk.

Det vises til omtale i del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Post 71 Egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført 1. januar 2003. Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak
- behandlingsreiser til utlandet

For 2019 er utgiftstaket 2085 kroner. Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret.

Det foreslås å øke egenandelstak 2 med 91 kroner fra 2085 kroner til 2176 kroner i 2020.

Fra 2017 ble egenandelstak 2 automatisert slik at brukerne automatisk får tilsendt frikort i posten når egenandelstaket er passert. Videre ble taket redusert og nedre aldersgrense for betaling av egenandeler som inngår i egenandelstak 2, økt fra 12 til 16 år. Sykdomslisten som ga fritak for egenandel ved fysioterapi ble avviklet og det ble forskriftsfestet at alle behandlere og tjenesteytere skal innrapportere egenandeler elektronisk innen 14 dager. Hyppig innrapportering av egenande-

lene fra behandlerne gjør at brukerne får frikort tilsendt raskt.

Avvikling av sykdomslisten medførte at fysioterapeutene fikk større inntekter fra egenandeler og mindre inntekter fra refusjoner (refunderte egenandeler). Når flere brukere betalte egenandeler oppnådde flere frikort egenandelstak 2 og utgiftene på takordningen økte. I 2018 ble det utstedt 281 412 frikort under egenandelstak 2. Dette er en nedgang på 0,5 pst. fra 2017.

Utgiftene til refusjon av egenandeler under tak 2 var 940 mill. kroner i 2017. I 2018 var utgiftene 974 mill. kroner, en økning på 3,6 pst.

Det vises til omtale i del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	410 843	413 000	454 000
70	Allmennlegehjelp	4 952 052	5 274 600	5 434 911
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 144 523	1 180 000	1 238 200
72	Jordmorhjelp	61 028	61 000	70 000
73	Kiropraktorbehandling	170 181	174 000	199 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	160 360	164 000	192 000
	Sum kap. 2755	6 898 987	7 266 600	7 588 111

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I:

- det foreslås å flytte 0,411 mill. kroner fra kap. 2755, post 70 til kap. 762, post 63 for å gjennomføre pilotprosjekter på legevaktfeltet.
- det foreslås å flytte 1,395 mill. kroner fra kap. 2755, post 70 til kap. 732, post 76 knyttet til kommunalt utførte spesialisthelsetjenester i Oslo kommune (pasienter med nedsatt bevissthet som følge av rusmiddelforgiftning skal omfattes av ISF).

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdlovens kapittel 5.

Post 62 Fastlønnsordning fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fastlønte fysioterapeuter. Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må ses 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. For å gjøre fysioterapitjenesten mer fleksibel for de mindre kommunene og for å stimulere til at kommunene kan beholde kvalifisert personell, er det foretatt endringer i § 2 i forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten. Det er gitt åpning for at kommuner kan søke om fastlønnstilskudd også, dersom

samme fysioterapeut også har en driftsavtale med kommunen. Dette gjelder kun for kommuner med mindre enn 2000 innbyggere.

Ved avvikling av sykdomslisten (diagnoselisten) har kommunene fått økte egenandelsinntekter fra pasienter som ansatte fysioterapeuter behandler. Det vises til omtale under post 71.

Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2019 ble fastlønnstilskuddet økt til 209 200 kroner for 2019. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 411 mill. kroner i 2018, mot 378 mill. kroner i 2017, en økning på 8,7 pst. Utgiftsøkningen har sammenheng med en økning i antall fastlønnte fysioterapiårsverk i kommunene og økning i fastlønnstilskuddet.

Det vises til omtale under del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Post 70 Allmennlegehjelp

Det foreslås å flytte 0,411 mill. kroner fra kap. 2755, post 70 til kap. 762, post 63 for å gjennomføre pilotprosjekter på legevaktfeltet.

Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Helse Sør-Øst RHF har søkt om at pasientbehandling utført av Oslo kommune av pasienter med nedsatt bevissthet som følge av rusmiddelforgiftning skal omfattes av ISF. Søkningen er innvilget fra 2020, gitt at det inngås avtale om pasientbehandlingen. Det foreslås flyttet 1 395 mill. kroner til kap. 732, post 76.

Bevilgningen dekker utgifter til undersøkelse og behandling hos lege etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene. Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel.

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.

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 allmenfarlige smittsomme sykdommer.
- første legeundersøkelse hos allmennlege, herunder fastlege og legevakt, i forbindelse med seksuelle overgrep.

Tabell 4.23 Utgifter til allmennlegehjelp 2017–2018 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Endring
Fastleger mv.	4 065,0	4 175,9	2,7 %
Legevakt	539,2	570,7	5,8 %
Avsetning til fond	115,6	205,5	77,8 %
Som kap. 2755, post 70	4 719,8	4 952,1	4,9 %

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 4 720 mill. kroner i 2017 til 4 952 mill. kroner i 2018, en vekst på 4,9 pst.

Utgiftsendringen kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten økes, f.eks.

som følge av flere innbyggere. 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 deler.

Tabell 4.24 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2017–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
Sum kap. 2755, post 70	4 719,8	4 952,0	5 274,6	5 183,4
Volumvekst (anslag)	0 %	0,6 %	2 %	2%

Budsjettert utgiftsvekst i 2019 skyldes en antatt volumvekst på 2 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2019 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2020.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Post 71 Fysioterapi

Bevilgningen dekker utgifter til fysioterapi etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Det er et vilkår

for å utløse refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til fysioterapeuters fellesformål (fondsavsetninger).

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og organisasjonene for fysioterapeuter: Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund.

Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62.

Tabell 4.25 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2017–2018 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Endring
Fysioterapeuter med avtale	1 119,9	1 096,7	-2,1 %
Fysioterapeuter uten avtale ¹	15,2	14,7	-3,3 %
Avsetning til fond	32,2	33,1	2,8 %
Sum kap. 2755, 71	1 167,3	1 144,5	-2,0 %

¹ Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 167,3 mill. kroner i 2017 og 1 144,5 mill. kroner i 2018, en reduksjon på 2,0 pst.

Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale må sees i sammenheng med at antall utdanningskandidater som utløser refusjon kan variere fra år til år. Dette kan gi svingninger i refusjonsutbetalingene. Utgiftsendring kan skyldes flere forhold. 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 type konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endringer i refusjonstakster og egenandeler.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2018 totalt 5039 fysioterapiårsverk. Dette innebærer en økning i antall årsverk fra 2017 på 1,5 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere har økt fra 9,4 årsverk i 2017 til 9,5 årsverk i 2018. Det er innen områdene diagnose, behandling og rehabilitering, annet forebyggende arbeid og fysioterapi innen institusjoner for eldre og funksjonshemmede at økningen er størst.

Tabell 4.26 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2017–2020 (mill. kroner)

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
Sum kap. 2755, post 71	1 167,3	1 144,5	1 180,0	1 238,2
Volumvekst (anslag)	1	1,1 %	3 %	2 %

¹ Mangler tallgrunnlag pga. omlegging i 2017

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at av i alt 3313 avtalehjemler for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i 2018 var 55 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler. 41 pst. av avtalehjemlene var i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 4 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2017 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. Dette er hjemlet i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. og i forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunale driftsavtale, hvor det også er forskriftsfestet at det skal være samsvar mellom driftshjemler 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 mv., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og del III 7 Utviklingstrekk i folketrygden.

Post 72 Jordmorhjelp

Bevilgningen dekker utgifter til svangerskapskonsultasjoner (kontrollundersøkelser under svangerskap) som utføres av jordmor 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 svangerskapskonsultasjoner (kontroller) 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.

Fra 1. oktober 2018 ytes også stønad til sekundærjordmor ved hjemmefødsel.

Det ytes engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon etter folketrygdloven § 5-13. Stønads-satsen er 2830 kroner i 2019 og foreslås økt til 2920 kroner i 2020, som er en økning på 3,2 pst.

Utgiftene i 2018 var 61 mill. kroner, mot 58 mill. kroner i 2017. Dette er en økning på 5,7 pst.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Bevilgningen dekker utgifter til behandling hos kiropraktor etter fastsatte takster med hjemmel i folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Refusjonsordningen ble innført i 1974. Kiropraktorene har fri prissetting. I tillegg til godtgjørelse for undersøkelse og behandling, får kiropraktorer godtgjørelse for deltakelse i samarbeidsmøter med annet helse- og sosialfaglig personell som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for enkeltpasienter.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til kiropraktorenes fellesformål (fondsavsetninger). Folketrygden yter et tilskudd til fond til videre- og etterutdanning av kiropraktorer tilsvarende 5 pst. av trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor.

Som et tiltak i Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017–2019 har regjeringen opphevet den tidligere stønadsberettigede antallsbegrensingen fra folketrygden på inntil 14 behandlinger. I gjennomsnitt mottok pasientene stønad til 5,8 behandlinger i 2018.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 170,2 mill. kroner i 2018 mot 157,5 mill. kroner i 2017, en økning på 8,1 pst. Antall kiropraktorer som hadde oppgjør med Helfo økte med 3,7 pst., fra 872 i 2017 til 904 i 2018. Det var en økning på 1,7 pst. i antall konsultasjoner fra 2,03 millioner i 2017 til 2,06 millioner i 2018. Det var en økning i

bruk av takst for samhandlingsmøter med annet helse- og sosialfaglig personell på 4,5 pst. fra 2017 til 2018 og en økning i bruk av takst for telefonsamtaler/skriftlig kommunikasjon med annet personell på 4,8 pst.

Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Bevilgningen 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 iht. 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 utløse takster for undersøkelse og behandling av personer med språk- og talevansker.

I 2018 utbetalte folketrygden 152,5 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 7,9 mill. kroner til ortoptisk behandling. De samlede utgiftene økte fra 149,5 mill. kroner i 2017 til 160,4 mill. kroner i 2018, en økning på 7,3 pst.

Kap. 2756 Andre helsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
70	Helsetjenester i annet EØS-land	15 568	13 000	17 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.	387 736	490 000	405 000
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	208 781	240 000	245 000
	Sum kap. 2756	612 085	743 000	667 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til helsetjenester i annet EØS-land, i utlandet mv. og til utenlandsboende mv. etter folketrygdlovens kapittel 5.

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Posten dekker folketrygdens utgifter til planlagt helsehjelp i andre EØS-land (behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom, undersøkelse ved bestemte diagnoser og behandlingsformer samt blåreseptordningen) etter folketrygdloven § 52-4a.

Utgiftene var 15,6 mill. kroner i 2018 mot 21,1 mill. kroner i 2017, en reduksjon på 26,1 pst. 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.

Post 71 Helsetjenester i utlandet mv.

Posten omfatter stønad til helsetjenester i utlandet for personer som er medlemmer i folketrygden og som omfattes av bestemmelsene i folketrygdloven § 5-24.

De grupper som kommer inn under stønadsreglene er bl.a. sjøfolk på norske skip i utenriksfart, norske statsborgere som er statens lønnede tjenestemenn i utlandet, norske studenter i utlandet og utsendte arbeidstakere. Turister omfattes ikke av reglene. Refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 har i hovedsak betydning for medlemmer i folketrygden som er bosatt eller oppholder seg over tid i land utenfor EØS-området og som har behov for behandling i oppholdslandet.

Nødvendige utgifter til ambulansetransport innad i behandlingslandet og til opphold og behandling i helseinstitusjon dekkes fullt ut. Det betales egenandel for behandling hos lege, tannbehandling for sykdom, fysioterapi, behandling

hos psykolog og for viktige legemidler. Utgiftene refunderes av Helfo Utland.

Utenlandsboende pensjonister med rettigheter etter norsk folketrygd gis stønad etter de bestemmelser som gjelder for tilsvarende behandling i Norge, men med de særregler at utgiftene dekkes etter særskilte satser, og at utgifter til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget. For 2020 foreslås det maksimale stønadsbeløpet økt fra 3920 kroner i 2019 til 4045 kroner per døgn. Dette tilsvarer en økning på 3,2 pst.

Helfo Utland har inngått avtale med et utenlandsk selskap om administrasjon av refusjon for helsetjenester for en del medlemmer av folketrygden som oppholder seg i USA, som studenter, arbeidstakere i utenriktjenesten og krigspensjonister. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt forskrift som avskjærer retten til stønad til helsetjenester fra folketrygden for personer som er sikret rett til dette etter gjensidighetsavtale med annet land (f.eks. EØS-avtalen). Dette har gitt

betydelig reduksjon i folketrygdens utgifter til helsetjenester i utlandet etter denne refusjonsordningen.

Posten omfatter også refusjon av utgifter til helsetjenester som medlemmer av folketrygden har mottatt i andre EØS-land og Sveits, etter EØS-avtalens forordning 883/2004.

Utgiftene var 387,7 mill. kroner i 2018 mot 433,9 mill. kroner i 2017, en reduksjon på 10,6 pst.

Post 72 Helsetjenester til utenlandsboende mv.

Posten omfatter utgifter for EØS-borgere fra andre EØS-land som behandles i Norge, jf. EØS-forordning 883/2004 og utgifter til behandling i Norge for medlemmer av folketrygden bosatt i utlandet. I tillegg omfatter posten pasienter fra land utenfor EØS-området som Norge har gjensidig avtale med om dekning av utgifter. Utgiftene var 208,8 mill. kroner i 2018 mot 219 mill. kroner i 2017 en reduksjon på 4,7 pst.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
2790	Andre helsetiltak	223 970	254 900	247 000	-3,1
	Sum kategori 30.90	223 970	254 900	247 000	-3,1

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020	Pst. endr. 19/20
70-89	Andre overføringer	223 970	254 900	247 000	-3,1
	Sum kategori 30.90	223 970	254 900	247 000	-3,1

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2018	Saldert budsjett 2019	Forslag 2020
70	Bidrag	223 970	254 900	247 000
	Sum kap. 2790	223 970	254 900	247 000

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til bidragsordningen, jf. forskrift om bidrag til visse helsetjenester.

Sammenliknet med saldert budsjett 2019 foreslås bevilgningen redusert med 3 mill. kroner knyttet til avviklingen av bidragsordningen for legemidler som ble startet i 2018.

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. Bidragsordningen består av om lag 20 forskjellige bidragsformål. Fullstendig

oversikt over hvilke tilskuddsordninger som kommer inn under bidragsordningen går fram av rundskrivet til folketrygdloven § 5-22 Bidrag til spesielle formål. Rundskrivet er tilgjengelig via hjemmesidene til Helfo.

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 1891 kroner i 2019. Egenandeler, døgnseter mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig. Beløpet for 2020 er 1927 kroner. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

Utgiftene på bidragsordningen var 224 mill. kroner i 2018 mot 214 mill. kroner i 2017.

Avvikling av bidragsordningen for legemidler ble startet i 2018 ved at nye pasienter ikke gis støtte over denne ordningen. Dette er gjort for å unngå at bidragsordningen for legemidler undergraver intensjonen med blåreseptordningen. For 2020 foreslås det videre at ingen pasienter lenger kan få bidrag til legemidlene Forsteo ved osteoporose og Resolor ved forstoppelse. Dette er legemidler som ikke har indikasjon for langvarig bruk. Fortsatt bidragsdekning ville derfor kunne opprettholde en legemiddelbehandling som ikke er i tråd med medisinske anbefalinger. Avviklingen av bidragsordningen for legemidler gjelder ikke bidrag til prevensjonsmidler og heller ikke legemidler til behandling av infertilitet.

Tjenester i apotek

Inhalasjonsveiledning i apotek finansieres over denne bevilgningen. Bevilgningen på 5 mill. kroner videreføres i 2020.

Oppstartsveiledning består av to oppfølgingsamtaler, mellom apotekfarmasøyt og pasienter, etter reseptekspedering. Bevilgningen til denne tjenesten foreslås opprettholdt med 8 mill. kroner i 2020. Tjenesten er for pasienter som starter med et nytt legemiddel til behandling av høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler. Helsedirektoratet skal forberede evaluering av tjenesten i 2020.

Del III
Omtale av særlige tema

5 Spesialisthelsetjenesten

Midlene som stilles til disposisjon til de regionale helseforetakene kommer i all hovedsak fra kap. 732 Regionale helseforetak. I årlig melding 2018 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametere i oppdragsdokumentene og foretaksmøter. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning ble behandlet i foretaksmøter i juni 2019. Nedenfor redegjøres det for rapportering 2018 og status 2019, samt de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2020–2023. Omtalen er delt inn under følgende overskrifter:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Økonomi og investeringer
- Redegjørelse om utfordringer knyttet til operatørbytte i ambulanseflytjenesten
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Ventetider og fristbrudd

Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og kan indikere kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor viktig i den daglige driften av sykehusene og for pasientenes valg av behandlingssted. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, kommer til behandling uten ventetid. Om lag 70 pst. av alle døgnopphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp.

Det er et mål at ventetiden reduseres. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2018 var målet å redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med året før. I tillegg er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021.

Tabell 5.1 Ventetider og fristbrudd

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	57	58	61	63	56	57	58	58	57	59
Andel fristbrudd for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	1,6	1,7	2,9	2,8	1,7	2,4	2,4	1,9	2,0	2,0

Kilde: Norsk pasientregister

Som det fremgår av tabell 5.1, har det vært en økning i gjennomsnittlig ventetid på to dager i 2018, sammenliknet med 2017. Målet om at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner er ikke nådd. Innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge er det imidlertid en reduksjon i ventetid fra 2017 til 2018. Utviklingen i andelen fristbrudd er stabil. Fra 2013 til 2018 ble gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetje-

nesten redusert med 15 dager. I samme periode ble andelen fristbrudd redusert med 4,2 prosentpoeng. Tall for første tertial 2019 viser at gjennomsnittlig ventetid er stabil, sammenliknet med første tertial 2018. Målet for 2019 er at gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2018, og at ventetidene skal være under 50 dager innen 2021.

Indikatoren «tid til tjenestestart» angir tiden fra henvisningen er mottatt i sykehuset til det er gjennomført en utrednings- eller behandlingsprosedyre. Indikatoren supplerer det ordinære målet for gjennomsnittlig ventetid. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2018 var målet å redusere median tid til tjenestestart sam-

menliknet med året før. Median tid til tjenestestart var 64 dager i 2018. Dette er en økning på 2 dager fra 2017. Det er imidlertid en nedgang på 11 dager sammenliknet med 2013. Tabell 5.2 viser median tid til tjenestestart for 2017 og 2018 innen hvert regionale helseforetak.

Tabell 5.2 Tid til tjenestestart

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Median tid til tjenestestart	61	63	69	73	65	69	57	56	62	64

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 5.3 viser tall for indikatoren passert planlagt tid. På oppdrag fra departementet ble indikatoren etablert som en nasjonal styringsindikator i 2017. Den måler antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet som er registrert. Den inkluderer både nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i et forløp. Indikatoren angir et nivå på antall som er forsinket, men uttrykker ikke en størrelse for

hvor mye forsinket man er. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2018 var målet å redusere andelen med passert planlagt tid sammenliknet med året før. Tallene for utgangen av 2018 viser at om lag en av ti pasientkontakter i spesialisthelsetjenesten skjer etter at det planlagte tidspunktet er passert. Det er en økning på 0,5 prosentpoeng sammenliknet med utgangen av 2017.

Tabell 5.3 Passert planlagt tid

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Andel passert planlagt tid (prosent)	8,2	9,0	9,1	8,9	10,0	10,2	12,6	13,6	9,1	9,6

Kilde: Norsk pasientregister

På oppdrag fra departementet leverte Helsedirektoratet høsten 2018 en utredning og skissering av alternative modeller for hvordan pasientforløp og ventetid i spesialisthelsetjenesten kan reguleres og registreres. Formålet med oppdraget var å få frem et godt beslutningsgrunnlag for eventuelle endringer. Departementet tar sikte på å sende forslag til oppfølging av denne rapporten på høring høsten 2019.

Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse

Det har siden 2015 vært gitt årlige oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Oppdragene har særlig vært rettet mot å etablere indikatorer og metodikk som avdekker uønsket variasjon, samt å gjøre tilgjengelig denne informasjonen

slik at den kan brukes til forbedringsarbeid på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Helseregionene har opprettet Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), som inkluderer representanter fra alle regionale helseforetak, samt Helsedirektoratet. Arbeidet er videreført i 2019.

Kreftbehandling

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle aktører på kreftområdet. Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft skal ivaretas i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer. God behandlingskvalitet skal ivaretas gjennom gode pasientforløp. Dette skal sikre at kreft-

pasienter unngår unødig venting på utredning og behandling. Nasjonal kreftstrategi 2018–2022 skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter.

Fra 2015 er det innført 28 pakkeforløp kreft. Det er satt som mål at:

- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, skal være minst 70 pst.

Pakkeforløpene skal gi pasientene standardiserte forløp med kortere ventetider og raskere vei til diagnose og behandling ved mistanke om kreft. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.

Tabell 5.4 Pakkeforløp kreft samlet for 2018 (pst.)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid ¹	63,8	68,5	71,2	66,1	66,0

¹ Denne indikatoren måler andel pakkeforløp som gjennomføres på normert tid, fra start av pakkeforløp til start av kirurgisk, medikamentell – eller strålebehandling for 26 organspesifikke kreftformer. Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt og Diagnostisk pakkeforløp er ikke med i tabellen. Basert på første tertialtall 2017 fra Norsk pasientregister.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk

Det ble også i 2018 satt som mål at det skulle være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn somatikk, og at DPS og BUP skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skulle måles på regionnivå ved endringer i gjennomsnittlig ventetid, kostnader, årsverk og aktivitet. Vurderingene baserer seg på Årlig melding fra de fire regionale helseforetakene i 2018 og data fra Norsk pasientregister.

Helse Sør-Øst melder at høyere vekst i kostnader ble innfridd for psykisk helsevern for barn og unge og for TSB, men ikke for psykisk helsevern for voksne. Målet om prosentvis større reduksjon i gjennomsnittlig ventetider er nådd for psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. For TSB ble også målet nådd ettersom ventetiden i

Det var bare Helse Midt-Norge som i 2018 nådde målet om at minst 70 pst. av kreftpasientene skal være inkludert i et pakkeforløp. På landsbasis i 2018 ble 66 pst. av pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid. Kvalitetsindikatorerne andel pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid for 26 organspesifikke kreftformer viser en nedgang på landsbasis fra 68,6 pst. i 2017 til 66,0 pst. i 2018. Helse Midt-Norge når målet om minst 70 pst., men har en nedgang i måloppnåelsen sammenliknet med 2017. Helse Midt-Norge har en nedgang fra 72,3 pst. i 2017 til 71,2 pst. i 2018. De tre andre regionene når ikke målet og har en nedgang i måloppnåelsen sammenliknet med 2017. Helse Vest har den største nedgangen fra 75,6 pst. i 2017 til 68,5 pst. i 2018. Helse Nord har en nedgang fra 68,9 pst. i 2017 til 66,1 pst. i 2018. Helse Sør-Øst har en nedgang fra 64,8 pst. i 2017 til 63,8 pst. i 2018.

somatikk økte, mens ventetiden for TSB var uendret fra 2017. Ventetiden innen TSB er generelt lav. Kravet om større økning i poliklinisk aktivitet er innfridd for psykisk helsevern for voksne, men økningen i aktivitet innen psykisk helsevern for barn og unge var marginalt lavere enn for somatikk. For TSB ble aktivitetsmålet ikke innfridd.

For Helse Vest var veksten i kostnader innen psykisk helsevern for voksne og for TSB lavere enn for somatikk, men kostnadsveksten innen psykisk helsevern for barn og unge var høyere enn for somatikk. Målet om prosentvis større reduksjon i gjennomsnittlige ventetider er innfridd både innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge. For TSB er målet ikke innfridd, da gjennomsnittlig ventetid prosentvis økte mer enn for somatikk. Målet om høyere vekst innen polikliniske konsultasjoner ble innfridd for TSB, men ikke for psykisk helsevern for voksne eller for barn og unge.

I Helse Midt-Norge ble kravet om større vekst i kostnader innfridd for psykisk helsevern for

voksne og for barn og unge, men ikke for TSB. Målet om større reduksjon i ventetider ble oppnådd for psykisk helsevern for voksne og for psykisk helsevern for barn og unge, men ikke for TSB. Målet om høyere vekst i polikliniske konsultasjoner ble innfridd for TSB, men ikke for psykisk helsevern hverken for voksne eller for barn og unge.

I Helse Nord ble kravet om høyere vekst i kostnader innfridd for psykisk helsevern for voksne, men hverken for psykisk helsevern for barn og unge eller for TSB. Målet for større reduksjon i gjennomsnitt ventetid ble innfridd for TSB, men ikke for psykisk helsevern for voksne eller for barn og unge. Kravet om større økning i polikliniske opphold ble innfridd for TSB og for psykisk helsevern for barn og unge, men ikke for psykisk helsevern for voksne.

Andre oppgaver og tilleggsoppgaver innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for 2018.

I oppdragsdokumentene for 2018 ble de regionale helseforetakene bedt om å registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgntilrettelagt rusbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Alle de fire regionale helseforetakene har oppfylt dette kravet. Videre har alle de regionale helseforetakene forberedt innføringen av ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, slik at denne ordningen kunne gjennomføres fra 2019. Alle de regionale helseforetakene har også startet implementeringen av pakkeforløp innen psykisk helse og rus fra 1. januar 2019. De regionale helseforetakene ble også bedt om å iverksette tiltak for å øke tilgangen til psykisk helsevern for innsatte i fengsel, inkludert språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte. Dette oppdraget er bare i begrenset grad oppfylt.

Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet

Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) ble etablert 30. oktober 2018, etter modell av pilotprosjektet ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri på Brøset. Hovedmandatet til enheten er å formidle sakkyndige av høy kvalitet til påtalemyndigheten og domstolene, samt føre statistikk. Per 28. november 2018 har NERS mottatt og behandlet 1124 rekvisisjoner fra påtaleenheter siden oppstart av pilotprosjektet i 2015. Virksomheten vurderes så langt å fungere etter hensikten.

Redusere bruk av tvang i psykisk helsevern

Målet for 2018 om reduksjon i antall tvangsinnleggelses og antall pasienter med vedtak om tvangsmidler ble ikke oppnådd på landsbasis. Helse Nord har som eneste foretak rapportert færre tvangsinnleggelses og noe mindre tvangsmiddelbruk i 2018 enn i 2017. Helse Sør-Øst og Helse Vest rapporterte flere tvangsinnleggelses i 2018 enn året før. Størst økning i antall tvangsinnleggelses hadde Helse Sør-Øst. I Helse Midt-Norge var omfanget uendret.

Avbrudd i døgntilrettelagt tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Alle de regionale helseforetakene rapporterer at det blir registrert avslutningstype ved alle TSB-døgntilrettelagte enheter og at de arbeider aktivt med å redusere behandlingsavbrudd.

Helsesatsing i barnevernet

Alle regionale helseforetak har etablert barnevernsansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Tiltaket skal sammen med etableringen av helseansvarlig i barnevernet bidra til bedre koordinering og samarbeid mellom tjenestene. To barnevernsinstitusjoner som i samarbeid med spesialisthelsetjenesten skal ta imot barn i barnevernet med særlig store psykiske lidelser ble etablert ved årsskiftet 2018–2019 i Bodø og Søgne. Institusjonene har åpnet i 2019, men har utfordringer med å rekruttere spesialister (psykiater, psykolog).

Pakkeforløp

De første seks pakkeforløpene innen psykisk helse og rus ble publisert høsten 2018 for implementering fra 2019. I løpet av høsten 2019 vil pakkeforløp for gravide og rus bli implementert og samhandlingsforløp barnevern-psykisk helse og rus vil etter planen bli publisert ved slutten av 2019 eller i begynnelsen av 2020.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Alle regionale helseforetak rapporterer at de har implementert pakkeforløp for hjerneslag. Alle regionale helseforetak når målet om at minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.

Alle regionale helseforetak rapporterer at de har samarbeidet med Helsedirektoratet og kom-

munene om etablering av ordning for akutthjelpere.

Helse Nord har utredet alternativ løsning for møtekjøring med ambulanse. Dette følges opp med et oppdrag med å prøve ut en pilot om personalbytte for strekningen Alta-Hammerfest.

På landsbasis ble det rapportert 1,2 pst. korridorpasienter i 2018. Det er en nedgang fra 2017, da andelen var på 1,6 pst. I 2018 var andelen korridorpasienter lavest i Helse Midt-Norge med 0,9 pst., og høyest i Helse Vest med 1,4 pst.

I tredje tertial 2018 fikk 22,2 pst. av alle pasienter med kronisk nyresvikt hjemmedialyse. Ingen regioner har nådd målsetningen om at minst 30 pst. av pasientene med kronisk nyresvikt skal få hjemmedialyse. I tredje tertial 2018 var andelen som fikk hjemmedialyse lavest i Helse Vest med 16,5 pst. Helse Sør-Øst hadde den høyeste andelen med 25,2 pst.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Det er et nasjonalt mål å redusere andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra undersøkelsen for 2012. På nasjonalt nivå var andel sykehusopphold med minst en pasientskade 13,7 pst. i 2017. Dette er samme andel som i 2012. Tallene fra 2018 viser en nedgang i andel pasientskader til 11,9 pst. på nasjonalt nivå. Dette er den laveste andelen siden kartleggingen startet i 2010. Resultatene egner seg ikke til å sammenlikne andel pasientskader mellom helseforetak, men er et grunnlag for å vurdere hvor forbedringsarbeid lokalt bør igangsettes.

Oversikten fra regionene viser at de ni første innsatsområdene som ble satt i gang i pasientsikkerhetsprogrammet i stor grad er implementert. Unntaket er samstemming av legemiddellister som har vist seg vanskelig å implementere. Øvrige tiltakspakker som sjekkliste for trygg kirurgi, hjerneslag og tiltak for å forebygge urinveisinfeksjon, infeksjon ved sentralt venekateter, trykksår og fall, samt forebygging av selvmord og overdose ved utskriving av institusjon er i stor grad integrert i daglig drift. Det er likevel enkelte helseforetak som gjennomgående har mange tiltakspakker som ikke er implementert ved alle relevante enheter. Helse Vest påpeker at selv om tiltakspakkene i høy grad er implementert i regionen gjenstår det fortsatt arbeid for å sikre at målinger blir systematisk gjennomført, at risiko hos pasientene blir fulgt opp med tiltak, og å sikre at resultatene blir brukt i forbedringsarbeidet i enhetene. Dette blir i Helse Vest fulgt opp gjen-

nom fokus på automatisert datafangst, tavlemøte og kompetansehevingstiltak i forbedringsarbeid og lokale målinger. Mange helseforetak er godt i gang med å implementere tiltakspakkene: tidlig oppdagelse av forverret tilstand, tidlig oppdage og behandle sepsis i akuttmottak og sengepost, forebygge underernæring samt trygg utskriving med brukermedvirkning. Disse ble igangsatt siste halvdel av programmet.

Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Alle de regionale helseforetakene har deltatt i arbeidet med utvikling av «Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring», som ble publisert av Helsedirektoratet i mars 2019. Planen skal følges opp med konkrete handlingsplaner som til sammen skal bidra til en fortsatt målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester. Helse Nord melder at de gjennom Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet har utarbeidet en handlingsplan for videreføring av det regionale arbeidet med pasientsikkerhet etter 2018, inkludert arbeidet med pasientskader og pasientsikkerhetskultur. Helse Vest har videreført sitt regionale pasientsikkerhetsprogram i 2019, og har etablert en regional gruppe som jobber med å utarbeide en regional plan som skal gjelde fra 2020. Både Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har videreført arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet, men det foreligger foreløpig ikke konkrete planer for hvordan regionene tar arbeidet med pasientsikkerhet videre på en samordnet, målrettet og effektiv måte.

ForBedring

I 2018 gjennomførte alle regionene en felles kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur gjennom undersøkelsen ForBedring. Undersøkelsen ble sendt til alle ansatte i foretaksgruppen i de fire regionene. Undersøkelsen oppnådde god deltakelse og svarprosenten varierte fra 76 til 80 mellom regionene. Regionene har utarbeidet en nasjonal rapport som viser at de overordnede resultatene varierer i liten grad mellom helseforetakene, og mellom regionene. Resultatene viser i hovedtrekk at ansatte trives på jobb, samtidig som det er stor arbeidsbelastning. Alle de fire regionene har iverksatt konkrete oppfølgingstiltak for å gjennomføre forbedringstiltak på identifiserte forbedringsområder. Undersøkelsen ForBedring inneholder 39 spørsmål som er kategorisert innenfor ni tema. Temaene sikkerhetsklima og teamarbeidsklima er

videreført fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen fra 2012 og 2014 i regi pasientsikkerhetsprogrammet. Resultatene presentert i den nasjonale rapporten som ble utarbeidet i 2018 kan ikke sammenliknes med resultatene fra 2014. Det pågår arbeid for å få på plass de nasjonale indikatorene for pasientsikkerhetskultur (kartlagt gjennom sikkerhetsklima og teamarbeidsklima).

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

De regionale helseforetakene fikk i revidert oppdragsdokument 2017 i oppdrag å lage en plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre, og i oppdragsdokumentet for 2018 oppdrag om å legge til rette for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre utvikles på områder med behov for kunnskap. I foretaksprotokollen fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å – i samarbeid med Direktorat for e-helse – utarbeide en plan for hvordan de medisinske kvalitetsregistrene skal ta i bruk nasjonale fellestjenester, samt samarbeide om å prøve ut ny funksjonalitet for fellestjenester for helseregistrene i utvalgte kvalitetsregistre. Rapportering på oppdragene er omtalt under kap. 701, post 71 Medisinske kvalitetsregistre.

Persontilpasset medisin

Databasen over genetiske varianter hos norske pasienter er under pilotering. Første versjon av databasen består av utvalgte sekvensdata hentet fra lokale registre og et forskningsprosjekt ved tre sykehus. Arbeidet har vært noe forsinket på grunn av juridiske avklaringer, lokale godkjenningsprosesser knyttet til kvalitetsregistrene samt behov for anskaffelse av datateknisk utstyr.

Det nasjonale kompetansenettverket er i drift fra høsten 2019. Nettverket skal bidra til standardisering av prosedyrer og metoder, utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og oppbygging av regional kompetanse. Det er utpekt nettverksledere i hver region med ansvar for etablering av en regional organisasjon. Oslo universitetssykehus skal understøtte nettverket gjennom en egen administrativ enhet.

De regionale helseforetakene ble i revidert oppdragsdokument 2018 gitt i oppdrag å sikre etablering og drift av infrastruktur som kan legge til rette for utvikling og bruk av molekylære tester, genpaneler og bruk av biomarkører i forskning og persontilpasset behandling. De ble i tillegg gitt i oppdrag å legge til rette for pasientforløp som integrerer forskning og klinikk, i tråd med anbefaling i

Nasjonalt strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten. I rapporteringen fra de regionale helseforetakene er det foreslått å etablere en infrastruktur for presisjonsdiagnostikk innenfor kreft med utgangspunkt i universitetssykehusene. Formålet er å tilby løsninger som sikrer gjennomførbarhet, forutsigbarhet og forsvarlige rutiner, både for klinisk virksomhet og for kliniske studier. Universitetssykehusene skal sikre et tilbud i sin region slik at det sikres likeverdig tilgang for pasientene. Infrastrukturen vil knyttes opp mot det nasjonale kompetansenettverket for persontilpasset medisin.

De regionale helseforetakene ble i revidert oppdragsdokument 2018 gitt i oppdrag å utrede hvordan innføring og bruk av persontilpasset medisin kan håndteres i Nye Metoder i tråd med de vedtatte prioriteringskriteriene, herunder beslutninger på enkeltpasientnivå. Rapporteringen fra de regionale helseforetakene peker på at dette er et utfordrende oppdrag som må løses over tid, blant annet fordi kunnskapsgrunnlaget endres som følge av at det ofte vil dreie seg om små pasientgrupper og kortere studier, noe som gir svakere dokumentasjon. I tillegg er det en økning i antallet saker, fordi det blir flere indikasjoner på hvert enkelt legemiddel. Det må jobbes for at systemet har fleksibilitet, og dette må skje i samarbeid med alle aktører. HelseVest RHF skriver på vegne av de fire regionale helseforetakene at utgangspunktet for å vurdere nye medikamenter må bli mindre bundet til de tradisjonelle utviklings- og godkjenningssløpene, men bør kunne bruke for eksempel registerdata som kilde til kunnskap. Man bør i større grad basere seg på at metoder blir innført midlertidig, og at man gjennom oppfølging av effekt hos de aktuelle pasientene, kan ta stilling til om metoden skal videreføres etter en tid.

Legemiddelområdet

De regionale helseforetakene fikk i 2018 flere oppdrag innenfor legemiddelområdet, herunder oppdrag om å fortsatt følge opp arbeidet for overgang til faglige likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag. De regionale helseforetakene leverte i mai 2019 en rapport med redegjørelse for status på feltet. De regionale helseforetakene fikk også oppdrag om å gjennomføre prosjekt SAFEST. Prosjektet skal løse fire informasjonsområder, herunder datakvalitet, virkestoffforskning, produktkode og ernæring. Arbeidet utføres i samarbeid med Statens Legemiddelverk og er planlagt ferdigstilt i løpet av 2020.

De regionale helseforetakene fikk i 2018 i oppdrag å utforme en samarbeidsavtale og prosedyrer

for felles forhandlinger om pris på utvalgte legemidler, mellom Sykehusinnkjøp HF og Amgros i Danmark. Dette bilaterale samarbeidet er i tråd med mandatet for nordisk samarbeid på legemiddelområdet, som ble vedtatt av Nordisk Ministerråd i 2017. De regionale helseforetakene rapporterer at målet er nådd. I september 2018 ble det inngått en politisk intensjonsavtale mellom Norge og Danmark om samarbeid rundt innkjøp av legemidler. Sykehusinnkjøp og Amgros har etablert et samarbeid. Island knyttet seg til den politiske intensjonsavtalen i april 2019. På Sykehusinnkjøps hjemmeside er det opprettet en egen side om felles nordiske innkjøp (Joint Nordic Procurement).

Andre oppgaver 2018

De regionale helseforetakene har sørget for en planmessig omlegging av Raskere tilbake-ordningen slik at tiltak med god effekt og som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand, er integrert i det ordinære pasienttilbudet. Helse Sør-Øst RHF har på vegne av de regionale helseforetakene igangsatt en forskningsbasert evaluering, monitorering og kunnskapsspredning.

De regionale helseforetakene rapporterer at anbefalingene fra den 5-årige helhetlige gjennomgangen av godkjente flerregionale og nasjonale behandlingstjenester følges opp fortløpende og at det er etablert samarbeid mellom helseregionene for å koordinere dette. Alle nasjonale tjenester arbeider med å etablere fungerende faglige refe-

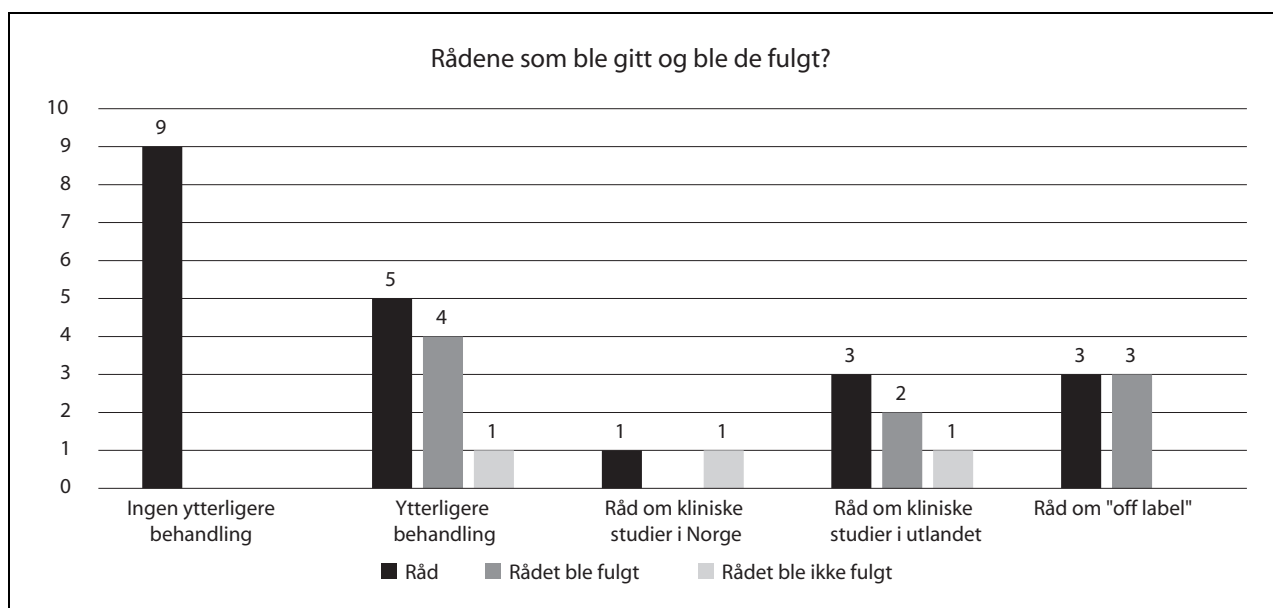
ransegrupper, definere kvalitetsmål, innføre entydige henvisningskriterier og bidra til likeverdig tilgang til tjenestene.

De regionale helseforetakene har, under ledelse av Helse Nord RHF, etablert en registreringsordning for tildelt kontaktlege og koordinator i pasientadministrative systemer.

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten skal være et organ for rådgivning ved alvorlig livsforkortende sykdom. Ekspertpanelet skal kunne gi råd om adekvat etablert behandling er gitt, om det er aktuelle kliniske studier for pasienten i Norge eller i utlandet (fortrinnsvis Norden), det er aktuelt med en utprøvende behandlingsmetode utenfor en klinisk studie i Norge eller om et udokumentert behandlingstilbud pasienten selv har innhentet og ønsker råd om. Beslutninger tatt av Beslutningsforum for nye metoder skal følges av ekspertpanelet, og ekspertpanelet skal ikke gi råd om behandling som er under vurdering i Nye Metoder.

I 2018 har Ekspertpanelet gitt råd i 21 saker i perioden fra det ble etablert 1. november 2018 til 31. desember 2018. Gjennomsnittlig behandlingstid av sakene var 9 dager. Det var en lik kjønnsfordeling og pasientenes alder var mellom 24–76 år. Hvilke råd som ble gitt og hvorvidt de ble fulgt følger av figuren under.



Figur 5.1 Fordeling av råd i 21 saker Ekspertpanelet har vurdert i 2018

Kilde: Årsrapport Nasjonalt ekspertpanel

Personell, utdanning og kompetanse

De regionale helseforetakene rapporterer at de arbeider med å rekruttere, beholde, og utvikle kompetanse hos medarbeidere, både innenfor det enkelte helseforetak og i regionene totalt sett. Bruk av analyser av framtidige behov vektlegges i arbeidet, blant annet for å sikre tilgang på kompetanse som krever strategisk oppmerksomhet. De regionale helseforetakene samarbeider med utdanningssektoren for å sikre at læringsutbyttet og avvikling av studier møter kompetansebehovene i spesialisthelsetjenesten. Det gjøres blant annet i samarbeidsorganene mellom helse- og universitets- og høyskolesektoren. I løpet av det siste året har også representanter fra helseforetak vært involvert i arbeidet med utvikling av retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Alle de regionale helseforetakene rapporterer om at det arbeides med å sørge for at alle har læreplasser i helsefagarbeiderfaget, men det er fortsatt ulik måloppnåelse på dette feltet som følges opp.

Legenes spesialistutdanning og ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin

I tråd med departementets oppdrag har alle regionale helseforetak utarbeidet planer for å iverksette del 2 og 3 i ny ordning for legers spesialistutdanning, som trådte i kraft 1. mars 2019. Helseforetakene har utarbeidet utdanningsplaner for de ulike spesialitetene, og sendt disse til Helsedirektoratet for godkjenning. De regionale helseforetakene rapporterer å ha etablert regionale utdanningssentre ved regionsykehusene som skal ivareta nye oppgaver med læringsaktiviteter og nasjonal samordning.

Alle regionale helseforetak rapporterer at det er utarbeidet planer for å innfase ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.

Kompetanseheving i samisk språk og kultur

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å legge til rette for at eksisterende tilbud om kompetanseheving i samisk språk og kultur gjøres kjent nasjonalt slik at helsepersonell i hele landet har mulighet til å søke om deltakelse. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF fikk i oppdrag å legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk når helseforetaket har behov for slik kunnskap. Helse Nord RHF har gjort tilbudet kjent nasjonalt gjennom Finnmarkssykehusets nettside, Facebook og Insta-

gram. Videre sendes det informasjon til høyskoler og universitet, og SANKS har laget informasjonsbrosjyrer som utdeles ved konferanser, seminarer og ved undervisning. Det er under anskaffelse en e-læringsplattform for samisk kulturforståelse. Helseforetakene i regionen driver også kurs med fokus på samisk språk og kulturforståelse i et helseperspektiv. Helse Midt-Norge RHF har et opplæringstilbud i Helse Nord-Trøndelag HF og planlegger en videre oppfølging av dette tilbudet. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har gjort eksisterende tilbud om kompetanseheving i samisk språk og kultur kjent i sine helseforetak.

Forskning og innovasjon

Samlede forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU (finansieringspoeng). Helse Sør-Øst hadde en andel på 62 pst. av de totale forskningspoengene, etterfulgt av Helse Vest med 18,4 pst., Helse Midt-Norge med 11,1 pst. og Helse Nord med 8,4 pst. Det ble registrert 4249 publikasjoner (vitenskapelige artikler, monografier og antologier) fra helseforetakene i 2018 og rapportert inn 305 avlagte doktorgrader, mot 315 doktorgrader i 2017. Helse Sør-Øst står for 76 pst. av finansieringspoengene, Helse Vest og Helse Nord står for hhv. 8 og 14 pst. av finansieringspoengene, mens Helse Midt-Norge får 1,65 pst. av finansieringspoengene. I 2018 hadde 58,4 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap (mål: over 40 pst.) og 22,9 pst. var publisert i ledende tidsskrifter (mål: over 20 pst.). Oversikt over resultater fra helsemålingen for 2018 for de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Fra og med 2018 vil fullstendige rapporter om ressursbruk i forskning i helseforetakene utføres annet hvert år, tilsvarende praksis for UoH-sektoren, jf. Prop. 1 S (2017–2018). NIFU vil imidlertid fortsatt årlig kartlegge utvalgte indikatorer til andre formål, som forskningspersonell i helseforetak og ekstern forskningsfinansiering. Fordeling etter klassifikasjonssystemet for helseforskning, Health Research Classification System, vil på sikt inngå jf. omtale i del II, kap. 732.

For sjette år på rad har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport, Forskning og innovasjon til pasientens beste, Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2018. I rapporten presenteres et utvalg av pro-

sjektene som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og nasjonale nøkkeltall for forskning og innovasjon legges frem. Kreftforskning er det fagområdet som ble tildelt mest forskningsmidler. Over 60 pst. av prosjektene i helseregionene oppgis å være kliniske studier. 14 pst. av prosjektene har benyttet ett eller flere kvalitetsregistre i sin forskning. Andelen prosjekter som rapporterer brukermedvirkning i forskning har økt hvert år siden 2014, andelen i 2018 var nær 70 pst. Den høyeste andelen av brukermedvirkning rapporteres innen psykisk helse og rus med over 88 pst. Kun 19 pst. av regionale forskningsmidler gikk til prosjekter med samarbeid med næringslivet.

De regionale helseforetakene tildelte etter utlysning i 2018 i overkant av 134 mill. kroner til syv store, nasjonale kliniske multisenterstudier gjennom Program for klinisk behandlingsskaping. Programmet har for første gang utarbeidet en oversikt over programaktiviteter og tildelinger for 2016–2018.

Alle fire regionale helseforetak har gjennomført prøverapportering på ny indikator for kliniske behandlingsstudier i helseforetakene 2017–2018, det vises til omtale i del II, kap. 732.

NorPedMed, det kliniske forskningsnettverket med base i Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, er satt opp som et kontaktpunkt i NorCRIN, den nasjonale forskningsinfrastrukturen for kliniske studier.

De regionale helseforetakene gjennomførte en prøverapportering på én av to komponenter i en ny innovasjonsindikator – innovasjonsaktivitet. Rapport fra arbeidet forelå tidlig 2019. De fleste helseforetak har implementert målesystem som er tilpasset innovasjonsvirksomheten.

I regi av Helse Sør-Øst RHF er det utarbeidet en totalkostnadsmodell for eksternt finansierte forskningsprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF. En egen arbeidsgruppe nedsatt av de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning ble etablert høsten 2018, med formål om å implementere en totalkostnadsmodell ved landets universitetssykehus.

Helse Sør-Øst RHF er bedt om å ivareta arbeidet med å utarbeide felles retningslinjer for avklaring av vertskapsrollen i eksternt finansierte prosjekter, på vegne av de fire regionale helseforetakene. Felles retningslinjer som er utarbeidet for Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo vil kunne danne grunnlag for utarbeidelse av retningslinjer for de øvrige regionene.

Økonomi og investeringer

God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2018 hatt en tett oppfølging av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har rapportert til departementet hver måned på økonomisk resultat, likviditet, aktivitet, bemanning og sykefravær, samt delvis på kontantstrøm og investeringer. Rapporteringen følges opp i møter mellom departementet og de regionale helseforetakene.

Det ble i felles foretaksmøte i januar 2018 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som fulgte av Prop. 1 S (2017–2018), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2018, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Det ble også satt et tak for bruk av driftskreditt. Dette innebærer at drift og investeringer ved de regionale helseforetakene må håndteres innenfor bevilget ramme.

Årsregnskapene for 2018 ble godkjent i foretaksmøter i juni 2019. Alle helseregioner oppnådde positive økonomiske resultater i 2018. Dette var tiende år på rad at de regionale helseforetakene samlet sett oppnådde positive resultater. Det ble i 2018 et samlet positivt resultat på 3 242 mill. kroner, som er 960 mill. kroner bedre enn i 2017. De positive resultatene de senere årene må ses opp mot investeringsbehovene i årene framover og at foretakene tidligere har gått med underskudd.

Resultatet i 2018 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 359 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 206 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 3 089 mill. kroner, som er 530 mill. kroner bedre enn i 2017.

Det har i enkelte år i perioden 2002–2014 vært korrigeringer mellom ordinært regnskapsmessig årsresultat og årsresultatet Helse- og omsorgsdepartementet har stilt som styringskrav. Dette skyldes at bevilgningsnivået fram til og med 2007 ikke dekket fulle regnskapsmessige avskrivninger, samt enkelte år med store regnskapsmessige effekter av endrede forutsetninger i offentlige tjenstepensjonsordninger. Det vises til utfyllende omtale av disse forholdene i Prop. 1 S (2017–2018).

Tabell 5.5 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2018 (mill. kr)

	Helse Sør-Øst ¹	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
2002–2007	-3 729	-2 045	-2 228	-1 418	-9 420
2008	-425	-141	86	-221	-701
2009	-157	156	214	100	313
2010	172	436	548	112	1 268
2011	-478	455	417	373	767
2012	211	565	524	437	1 737
2013	483	648	286	488	1 905
2014	816	796	802	363	2 777
2015	1 046	680	393	617	2 736
2016	1 343	724	364	539	2 970
2017	1 016	577	307	383	2 283
2018	1 768	668	602	205	3 242
Akkumulert ²	2 065	3 519	2 315	1 979	9 877

¹ Helse Sør-Øst ble etablert 1. juni 2007 gjennom en sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst. Per 2006 hadde Helse Sør et akkumulert negativt resultat på 2 795 mill. kroner og Helse Øst et akkumulert positivt resultat på 153 mill. kroner.

² Tabellen viser helseregionenes avvik mot styringskrav behandlet i årlige foretaksmøter.

Samlet sett har helseforetakene budsjettert med positive resultater på nær 1,5 mrd. kroner i 2019. De budsjetterte resultatene må sees i sammenheng med de regionale helseforetakenes investeringsplaner og helseforetakenes behov for egenkapital ved investeringer. Det er for 2019 stilt krav om at de regionale helseforetakene skal legge til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Videre skal de sikre en forsvarlig likviditetsstyring og håndtere driftskreditten innenfor vedtatte rammer.

Tabell 5.6 Budsjettert økonomisk resultat i 2019 (mill. kroner)

Helse Sør-Øst	757
Helse Vest	444
Helse Midt-Norge	38
Helse Nord	228

Investeringer

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Midler til investeringer inngår derfor i basis-

bevilgningen og ikke som øremerkede tilskudd. Større prosjekter kan delvis lånefinansieres ved låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2017 har helseforetakene kunnet få lån på inntil 70 pst. av forventet prosjektkostnad inklusiv usikkerhetsmargin, basert på kvalitetssikrede konseptplaner.

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. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Dette danner også grunnlag for lånesøknad til prosjektet. Kostnader som følge av slitasje og elde på bygg og utstyr kommer fram som avskrivninger i foretakenes regnskaper, og reflekterer dermed 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 utbygginger som pågår. I 2018 investerte helseforetakene for 8,6 mrd. kroner i

bygg og utstyr og immaterielle verdier. Hensyntatt av- og nedskrivninger, samt salg og korrigeringer i balansen, innebar dette at den regnskaps-

messige verdien på helseforetakenes driftsmidler samlet sett økte med 1 786 mill. kroner i 2018.

Tabell 5.7 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2018

	2003	2017	2018	Endr. 17/18	Pst. endr. 17/18	Endr. 03/18	Pst. endr. 03/18
Helse Sør-Øst	36 913	45 075	45 272	179	0,4	8 359	23
Helse Vest	12 095	15 948	16 618	670	4,2	4 523	37
Helse Midt-Norge	9 001	13 366	13 226	-140	-1,0	4 225	47
Helse Nord	8 578	14 354	15 412	1 058	7,4	6 834	80
Sum	66 587	88 743	90 528	1 786	2,0	23 941	36

Kilde: Helseforetakenes regnskaper 2018

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr. Den regnskapsmessige verdien på sykehusenes bygg og utstyr har økt med nær 24 mrd. kroner fra 66,6 mrd. kroner i 2003 til 90,5 mrd. kroner i 2018. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord er nå den regionen med relativt størst økning i verdien av bygg og utstyr i perioden, mens Helse Sør-Øst har den laveste relative økningen. Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til dagens drift og for å få en mer funksjonell bygningsmasse, men de store prosjektene vil variere mellom regioner og helseforetak. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer. Samtidig må det settes av midler til ordinært vedlikehold.

Økonomiske langtidspaner

De regionale helseforetakene oppdaterer årlig økonomisk langtidspan. De økonomiske langtidspanene bygger på vedtatte strategier i de regionale helseforetakene, som igjen baseres på nasjo-

nale strategier og føringer, og gjeldende økonomiske rammebetingelser.

De regionale helseforetakene forvalter betydelige beløp på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. Langsiktig planlegging og prioriteringer er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester. De regionale helseforetakene legger gjennom sine langtidspaner til rette for at helseforetakene kan nå målene for pasientbehandlingen. Langtidspanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling innen medisinsk teknologi og forventningene til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg og utstyr, IKT og annen viktig infrastruktur, samt hvordan helseforetakene kan tilpasse tjenestene for å møte utfordringer innenfor de økonomiske rammene.

Det er gjennom god styring og god drift at helseforetakene legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling og forbedring av behandlingstilbudet. De regionale helseforetakene har ansvar både for drift og investeringer og må planlegge langsiktig og se dette i sammenheng.

Tabell 5.8 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2020–2023 (mill. kr)

	2020	2021	2022	2023	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	8 856	11 940	14 373	12 989	48 158
Øvrige bygningsmessige investeringer	2 366	2 353	2 479	2 545	9 743
Medisinskteknisk utstyr	1 358	1 382	1 395	1 395	5 530
IKT	2 836	2 708	2 386	2 455	10 385
Annet	527	520	575	463	2 085
Sum totale investeringer	15 943	18 903	21 208	19 847	75 901

Helseforetakenes langtidsplaner viser at de planlegger investeringer for nær 76 mrd. kroner i perioden 2020 til 2023. Planene forutsetter fortsatt effektivisering i helseforetakene, god økonomisk kontroll og forutsigbare rammebetingelser.

Helse Sør-Øst

I perioden 2020–2023 planlegger Helse Sør-Øst å investere for 40,4 mrd. kroner, herav 2,4 mrd. kroner til investeringer i medisinsk teknisk utstyr og 7,56 mrd. kroner i IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus
- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold
- nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus
- nytt sykehus i Drammen
- nytt klinikkbygg og protonanlegg på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus

I tillegg gjennomføres program for standardiserings- og IKT-infrastrukturmodernisering.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus
- trinnvis utvikling av Gaustad og Aker ved Oslo universitetssykehus
- utbygging ved Sykehuset Telemark, Skien, inkludert stråleterapi
- nytt bygg for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus

Det ligger inne flere prosjekter i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner som planlegges gjennomført. Disse prosjektene avhenger dels av

fremdriften i andre prosjekter og dels av planlagt resultatutvikling. Dette gjelder stråle- og somatikbygg ved Akershus universitetssykehus, akuttbygg ved Sørlandet sykehus, utvikling av Sykehuset Innlandet, samt ombygging og rehabilitering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus i Vestre Viken.

Det planlegges også for ny storbylegevakt i Oslo, der Oslo kommune skal bygge og leie ut arealer til Oslo universitetssykehus. Driften av storbylegevakt vil bli videreført innenfor rammen av dagens samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune.

Helse Vest

I perioden 2020–2023 planlegger Helse Vest å investere for 17,2 mrd. kroner, herav 1,4 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 1,4 mrd. kroner i IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- byggetrinn 2 av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen
- oppgradering og modernisering ved Helse Førde
- oppgradering av sentralblokken ved Haukeland universitetssykehus
- nytt sykehus i Stavanger
- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sykehus i Helse Fonna
- protonbygg ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen

I tillegg pågår det planarbeid knyttet til ombygging av sentralblokken ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen.

Helse Midt-Norge

I perioden 2020–2023 planlegger Helse Midt-Norge å investere for 10,5 mrd. kroner, herav 1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og om lag 3,3 mrd kroner i IKT, inklusiv investeringer i Helseplattformen.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal
- Helseplattformen

I tillegg pågår det planarbeid knyttet til senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital.

Helse Nord

I perioden 2020–2023 planlegger Helse Nord å investere for 7,9 mrd. kroner, herav 750 mill. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr og 670 mill. kroner i IKT.

Prosjekter over 500 mill. kroner under gjennomføring:

- ferdigstilling av nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø
- nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge
- nytt sykehus i Hammerfest ved Finnmarkssykehuset

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- utvikling av Helgelandssykehuset

I tillegg pågår det utredningsarbeid om etablering av psykiatribygg ved Universitetssykehuset Nord Norge.

Redegjørelse om utfordringer knyttet til operatørbytte i ambulanseflytjenesten

Helseministeren har fulgt opp utfordringene rundt operatørbyttet tett i det siste halvannet året, blant annet gjennom møter med tjenesten og andre interessenter. Luftambulansetjenesten HF har sammen med de kliniske miljøene og ny operatør forberedt gode tiltaksplaner og holdt departementet orientert om disse.

1. juli 2019 kl. 00.01 ble det gjennomført et operatørbytte i ambulanseflytjenesten. Avtropende operatør, Lufttransport FW AS, avsluttet sitt oppdrag etter mange års tjeneste. Påtropende operatør, Babcock Scandinavian AirAmbulance AS (Babcock), overtok på dette tidspunktet flybasene og den flyoperative driften, og med det

beredskapsansvaret for flyambulansetjenesten. Med operatørbyttet ble alle ambulanseflyene skiftet ut med nye og mer moderne ambulansefly, og supplert med ett jettfly. 91 av pilotene i Lufttransport byttet arbeidsgiver til Babcock for å sikre en videreføring av viktig operativ kompetanse.

Luftambulansetjenesten HF og Babcock ønsket i utgangspunktet å få til en gradvis overgang mellom operatørene, ved at ny operatør skulle overta én og én base i tiden før 1. juli 2019. Hensikten var å gjøre prosessen så smidig som mulig, og redusere risiko knyttet til overføringen av operatøransvaret. Dette lot seg imidlertid ikke gjøre i samarbeidet mellom gammel og ny operatør, noe som vanskeliggjorde overgangen.

En overgang til nye kontrakter og ny operatør vil alltid være krevende i luftambulansetjenesten. For ti år siden gikk det bortimot ett år ut i kontraktperioden før Lufttransport FW AS hadde de nye flyene klare til bruk. Dette var til tross for at selskapet selv drev tjenesten frem til oppstart av ny kontrakt. Luftambulansetjenesten HF var derfor veldig klar over at det kunne oppstå utfordringer knyttet til overgang til ny kontrakt, og ikke minst ny operatør. Det ble derfor gjort grundige forberedelser, og det ble laget en plan med en rekke tiltak som kunne settes i verk for å ivareta nødvendig beredskap i en overgangsfase. Dette arbeidet ble gjort sammen med de aktuelle kliniske miljøene, blant annet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, og ny operatør Babcock. Luftambulansetjenesten HF gikk også bredt ut og orienterte både myndighetsorgan og alle berørte parter om forberedelser og tiltak knyttet til byttet av operatør.

Før pilotene kunne gå inn i ordinær tjeneste for Babcock, måtte alle gjennom en opplæring og «utsjekk» med instruktør for den nye flymodellen de skulle ta i bruk. Deler av denne forberedende aktiviteten måtte skje etter overtakelsen av operatøransvaret, og det var derfor behov for å sette inn kompensierende tiltak for å opprettholde et tilfredsstillende beredskapsnivå på tjenesten. De på forhånd planlagte tiltakene ble da iverksatt.

For å sikre beredskap og tilstrekkelig kapasitet satte Babcock inn to norske reservefly med mannskap, samt et jettfly og et propellfly med svensk mannskap, hvor sykepleierne hadde norsk autorisasjon. I oppstarten stilte selskapet også med to teknikere på hver base og utvidet teknisk støtte ved hovedkontoret i Tromsø. Pilotene som skulle fly tjenestens nye jettfly, var ferdig trent når operatørbyttet fant sted. Dette flyet ble derfor satt inn på heldøgns beredskap allerede dagen før overtakelsen. Som en ekstra forsterkning leide

Luftambulansetjenesten HF inn to jettfly med mannskap fra flyselskap i Norge og Danmark. I tillegg ble bemanningen ved Flykoordineringssentralen og AMK-sentralen i Tromsø styrket. Gjennom hele oppstartsfasen ble det gjennomført daglige statusmøter med sykehusene i Nord-Norge, samt de to medisinsk koordinerende punktene for ambulanseflytjenesten i Sør-Norge som ligger i Ålesund (Helse Møre og Romsdal HF) og på Lørenskog (Oslo Universitetssykehus HF). Forsvaret ble også bedt om å bidra med ressurser, og det ble plassert et helikopter fra Forsvaret i Kirkenes for å styrke beredskapen i Øst-Finnmark. Dette var beskrevet i planen som en mulighet.

Samlet sikret de tiltakene som ble iverksatt en tilnærmet normal drift. Til tross for operatørbyttet ble beredskapen ivaretatt, og antall flyvninger som ble gjennomført første måned (juli) var på tilnærmet samme nivå som juli i tidligere år. 90 pst. av flyvningene ble gjennomført med Babcocks ambulansefly, mens de øvrige ble gjort med ekstraressurser.

Luftambulansetjenesten HF vurderte i samråd med øvrige helseforetak og Babcock at ambulanseflytjenesten var tilbake i normal beredskap og kapasitet fra og med fredag 2. august 2019. Man kunne da konstatere at alle pasienter hadde fått nødvendig helsehjelp i den krevende oppstartsfasen. Alle transporter som hadde blitt bestilt hadde blitt gjennomført, men enkelte med andre ressurser enn ambulansefly, f.eks. helikopter. Det er ikke meldt avvik eller registrert saker om uønskede hendelser med pasienter. Det var i perioder en ustabil ambulanseflyberedskap på kortbanenettet som ble avhjulpet av Forsvarets helikopter, men ingen av helseforetakene i Nord-Norge, heller ikke Finnmarkssykehuset HF, har informert om at pasienter ikke har fått nødvendig pasienttransport.

Rett etter at operatørbyttet hadde funnet sted oppsto det enkelte misforståelser rundt flyenes kapasiteter og deres landingsmuligheter på kortbanenettet. Misforståelsene knyttet seg både til det nye permanente flytilbudet og til de midlertidig innleide flyressursene. Med Babcocks overtakelse fikk ambulanseflytjenesten ti nye Beech 250 propellfly. Disse flyene er en oppgradert og mer moderne versjon av de flyene som Lufttransport tidligere benyttet. De nye flyene er blant annet utstyrt med mer moderne navigasjons- og flysikkerhetsutstyr, og kan lande på alle flyplasser i det norske kortbanenettet. De midlertidig innleide flyene kunne derimot ikke lande på kortbanenettet. Disse flyene kunne ta lengre flyoppdrag og på den måten effektivt avlaste de flyene som gikk på kortbanenettet. Det var derfor en logikk som lå

bak dette, og det var ingen «feilbestilling» slik noen hevdet, verken knyttet til de nye flyene eller de midlertidig innleide flyene.

Med den nye operatøren fikk ambulanseflytjenesten også på plass et permanent jettfly (Cessna C680A Latitude), noe tjenesten tidligere ikke har hatt. Dette flyet kan med sin fart, rekkevidde og kapasitet raskt bringe opptil fire behandlere og mye medisinskteknisk utstyr til alle kanter av landet. Denne styrkingen av tjenesten gir derfor en bedre beredskap for befolkningen, også på Svalbard.

Samtidig med operatørbyttet kom det frem at man ved Universitetssykehuset Nord-Norge hadde en presset situasjon ved intensivavdelingen. Dette hadde ingen sammenheng med ambulanseflysituasjonen. Dette var pasienter som etter hva departementet har fått opplyst, var for syke til å i hele tatt bli flyttet på. Sykehuset håndterte derfor denne situasjonen på egen hånd.

Helseministeren har i denne saken vært særlig opptatt av helseberedskapen i nord, og har tatt tilbakemeldingene fra helseforetakene og helsepersonell på alvor. Statsråden møtte ved et besøk på flybasen i Tromsø 27. august 2019 helsepersonell som er tilknyttet luftambulansetjenesten. Her ble det formidlet at de fortsatt hadde bekymringer knyttet til ambulanseflytjenesten, og det ble blant annet trukket frem et par tekniske utfordringer. Den ene var knyttet til tidsbruk for kalibrering av de nye flyenes digitale kompass, mens en annen utfordring var at den tekniske løsningen for internkommunikasjonen i flymaskinene ikke virket tilfredsstillende. På samme møte opplyste Luftambulansetjenesten HF at dette var forhold som det allerede var tatt tak i, og at man sammen med leverandør jobbet med løsninger. Luftambulansetjenesten HF ble etter dette bedt om å orientere departementet om de forholdene som ble tatt opp og hvilke tiltak de har igangsatt. Dette følges opp av departementet.

Ambulanseflytilbudet som nå er etablert er et kvalitativt langt bedre tilbud enn det man har hatt tidligere, men også et betydelig dyrere tilbud. De utfordringer som har vært rundt operatørbyttet i ambulanseflytjenesten har vært krevende for tjenesten, men takket være stor og god innsats fra de som arbeider i tjenesten har man gitt et tilfredsstillende tilbud til landets befolkning også i oppstartsfasen. Beredskapen har vært ivaretatt, og tiltakene som var planlagt og som ble satt i verk har virket. Befolkningens trygghet har vært det viktigste målet for all planlegging og alle iverksatte tiltak i luftambulansetjenesten.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Ved behandlingen av Nasjonale helse- og sykehusplan (2016–2017) slo Stortinget fast at det fortsatt skal være en desentralisert sykehusstruktur i Norge. Planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsyke-

hus, stort akutt sykehus, akutt sykehus og sykehus uten akuttfunksjoner.

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, inkludert Stortingets føringer ved behandling av planen, ble gitt som oppdrag til de regionale helseforetakene 4. mai 2016, og er fulgt opp gjennom styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

6 Utviklingstrekk i omsorgstjenesten

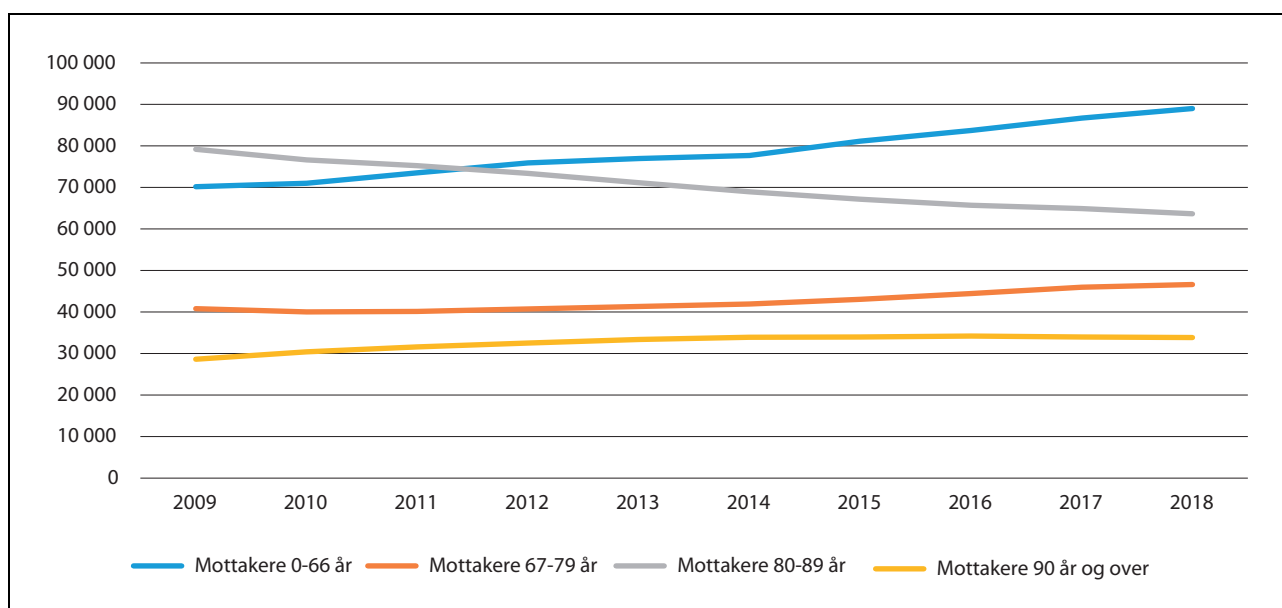
De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. Kommunene har over tid fått nye oppgaver, og samtidig har de hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper med behov for både fysisk, psykisk og sosial omsorg, støtte og bistand. Det ytes stadig mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene. Samtidig er det i kommunene en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester.

6.1 Brukere av helse- og omsorgstjenestene

Datakilder som Kostra og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) gir detaljert informasjon om omsorgstjenestenes brukere og hvilke tjenester de får. Antall personer som mottar tjenester er stadig økende. Tall fra SSB viser at nærmere 367 000 unike personer mottok en eller flere kommunale omsorgstjenester i løpet av 2018. Flere av disse mottar flere tjenester i løpet av året. Tverr-

snittstall viser at det i alt var i underkant av 286 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester per 31. desember 2018. Av disse hadde om lag 65 pst. vedtak om hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Nærmere 20 pst. mottok andre typer tjenester som avlastning, velferdsteknologi, omsorgslønn, støttekontakt mv. og om lag 15 pst. hadde vedtak om opphold i institusjon. Detaljerte tall fra KPR viser videre at nær to av ti tjenestemottakere bor i en institusjon eller i en bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. En av ti bor i en annen bolig som kommunen stiller til disposisjon, og noen av disse boligene har fast personell deler av døgnet. De aller fleste tjenestemottakerne, syv av ti, bor imidlertid i en vanlig bolig.

Flertallet blant mottakerne med langtidsopp- hold i institusjon og i bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet har omfattende bistandsbehov. 9 pst. av dem som bor i egen bolig har omfattende bistandsbehov.



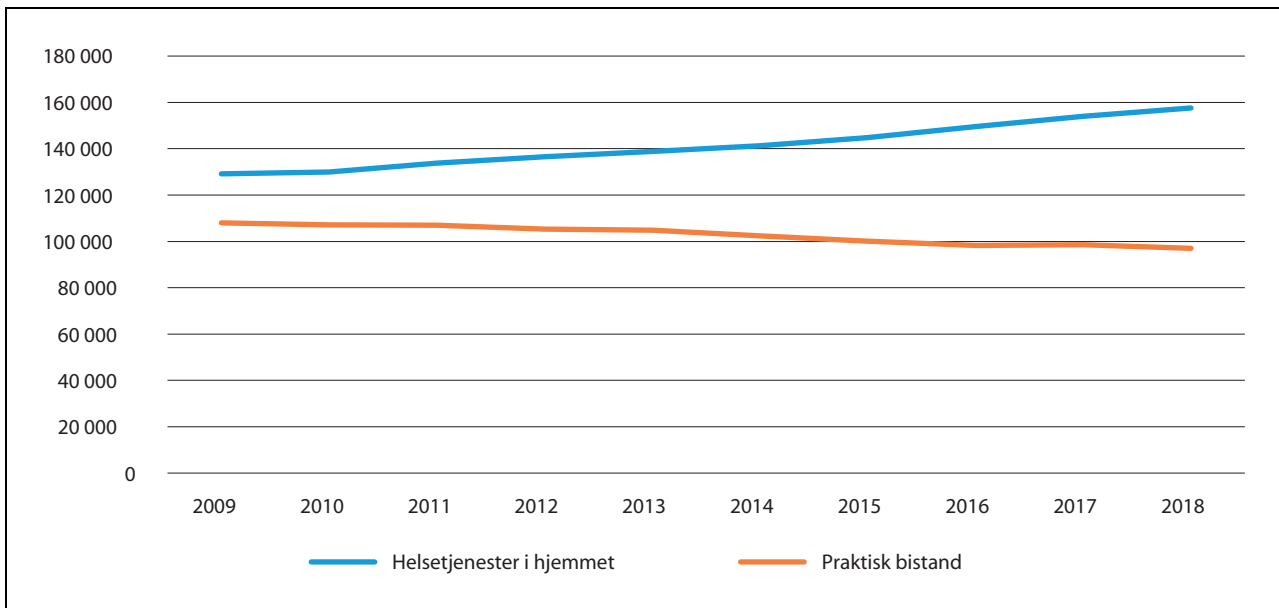
Figur 6.1 Beboere i helse- og omsorgsinstitusjoner og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 2009–2018

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De kommunale omsorgstjenestene har mottakere i alle aldre med et mangfold av behov, både mht. boform og tjenestetilbud. Antall brukere og andelen som mottar helse- og omsorgstjenester øker med alderen. I aldersgruppen 80–89 år er halvparten brukere av slike tjenester. I aldersgruppen 90 år og eldre mottar nær 90 pst. en eller flere tjenester. Ser man bort fra den aller yngste aldersgruppen (0–17 år) er kvinnene de største brukere av helse- og omsorgstjenester. Mer enn hver tredje mottaker av omsorgstjenester er nå personer

under 67 år. Denne utviklingen vil være en utfordring for hjemmetjenesten.

Morgendagens eldre vil ha andre ressurser å møte alderdommen med i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og høyere utdanning sammenliknet med tidligere generasjoner. Dette kan vi også observere ved at antallet eldre brukere av omsorgstjenestene ikke øker i samme takt som veksten i eldrebefolkningen, men den økende eldrebefolkningen kommer like fullt til å være en driver bak veksten i tjenestene fremover.



Figur 6.2 Antall mottakere av hjemmesykepleie eller praktisk bistand 2009–2018

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Undersøkelser viser at mange av dem som mottar omsorgstjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. De største endringene i de kommunale omsorgstjenestene skjer derfor i hjemmetjenestene. Det er først og fremst helsetjenester som står for veksten, mens praktisk og sosial bistand viser en liten nedgang. De årlige endringene er små, men det er en underliggende trend.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2018 var om lag 3500 brukere som mottok tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Fra 2015 ble det innført en rett til BPA for personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse. Rettigheten omfatter også personer med foreldreansvar for hjemme-

boende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Det har vært en økning i antall BPA-mottakere fra 2010 til 2018 på om lag 30 pst.

6.2 Personell

Det har i perioden 2009–2018 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale omsorgstjenestene. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene. I 2008 fordelte årsverkene seg omtrent likt mellom institusjonsomsorg og hjemmetjenester. I dag er det hjemmetjenestene som utfører flest årsverk, nær 55 pst.

Tabell 6.1 Årsverk i omsorgstjenestene 2009–2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Årsverk ¹	123 500	126 200	128 900	131 200	132 700	134 300	135 400	138 000	142 900	142 800

¹ SSB har tatt i bruk en ny metode som gir bedre informasjon om arbeidstid for 2018. Den nye metoden påvirker beregning av årsverk, og endringstall (f.eks. fra 2017 til 2018) er dermed ikke reelle. Endringen er omtalt på ssb.no

Kilde: Statistisk sentralbyrå

SSB har i 2019 endret metode for beregning av årsverk, og som konsekvens er ikke endringstallene mellom 2017 og 2018 reelle. På oppdrag fra Helsedirektoratet i forbindelse med oppfølging og rapportering av kompetanseløft 2020, har SSB foretatt en foreløpig reberegning på tidligere års data for å gi sammenliknbare tall med det publiserte årsverkstallet for 2018. Disse dataene viser en årsverksvekst fra 2017–2018 på 2,4 pst. SSB har oppgitt at de publiserer endelig metode og tall i løpet av våren 2020.

Data fra SSB viser at den deltjenesten som har hatt klart størst økning fra 2014–2018 er tjenesten *Berre heimesjukepleie*. Denne har økt med 22 pst. Samtidig har deltjenesten *Berre praktisk bistand* gått ned 12 pst. Dette tyder på at det har blitt et

større behov for helsefaglig kompetanse i hjemmetjenesten.

Det er 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. Beregninger foretatt av SSB i 2019 i Helsemod viser at det også kan bli mangel på sykepleiere i løpet av noen år.

Antall årsverk av leger i institusjon har økt kraftig siden 2009. Dette viser at kommunene har styrket det medisinskfaglige tilbudet til beboere i institusjon.

Tabell 6.2 Legeårsverk i institusjon

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Legeårsverk	383	404	427	472	502	532	570	590	576	580

Kilde: Statistisk sentralbyrå

6.3 Botilbud

Kommunene tilbyr plasser i institusjon eller plass i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud. 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 tall fra Kostra-rapporteringen viser at antallet sykehjemsplasser har økt i samme tidsperiode. I 2018 var det om lag 39 600 sykehjemsplasser. Standarden på institusjonsplassene fortsetter å øke og de fleste institusjonsplassene er nå i enerom.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2018 var over 24 300 beboere i boliger med heldøgns bemanning. Dette kommer i tillegg til de som mottar heldøgns tjenester i syke- og aldershjem og i eget hjem. Dekningsgraden for plasser i institusjon og bolig med heldøgns bemanning for

befolkningen 80 år har de siste 10 årene ligget stabilt rundt 28/29 pst, i 2018 var den 28 pst. Samtidig får mange brukere et omfattende tjenestetilbud i hjemmet. Utviklingen av tjenestetilbudet i omsorgssektoren må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem. Det vises for øvrig til omtale av investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser under kap. 761, post 63 og 69.

6.4 Kommunenes utgifter til omsorgstjenester

Tall fra Kostra (SSB) viser at kommunenes brutto driftsutgifter til omsorgstjenestene var om lag 121 mrd. kroner i 2018. Det vesentligste av kommunenes utgifter til omsorgstjenesten finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. For kommunene utgjorde inntektene fra brukerbeta-

ling for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen om lag 7 mrd. kroner i 2018. I tillegg bevilges en rekke øremerkede tilskudd til omsorgsformål over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, bl.a. investeringstilskudd til

heldøgns omsorgsplasser. Det ble utbetalt om lag 10,2 mrd. kroner over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til kommunene gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester, for utgifter påløpt i 2018.

Tabell 6.3 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mill. kroner) 2009–2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brutto driftsutgifter i kommunene	289 891	303 712	321 473	343 157	363 157	379 198	389 121	410 001	434 304	454 727
Brutto driftsutgifter til Kommunehelsetjenester	10 549	11 279	12 213	12 991	13 855	14 959	15 502	16 760	17 830	19 421
Brutto driftsutgifter til omsorgstjenester	74 823	78 575	83 242	90 213	94 457	100 929	101 767	107 432	112 698	121 094

Kilde: Statistisk sentralbyrå

7 Utviklingstrekk i folketrygden

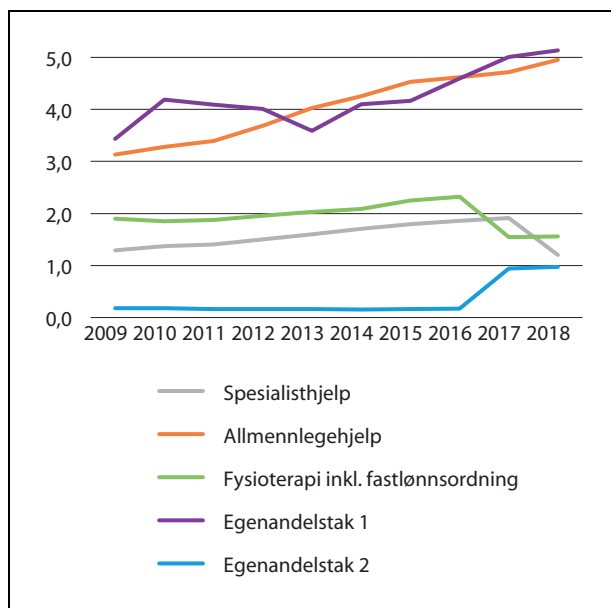
Folketrygdens stønad til helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad til helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Det vises til omtale under innledningen til Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden.

Refusjoner til behandling hos avtalespesialist har økt fra 1 292 mill. kroner i 2009 til 2 029 mill. kroner i 2018. Dette svarer til en nominell vekst på 57 pst. for hele perioden, jf. figur 7.1. Refusjonsutgiftene til avtalespesialister var stabile i begynnelsen av perioden, bl.a. knyttet til at det ble overført midler til helseforetakene for å øke spesialistenes driftstilskudd.

Det vises til omtale av avtalespesialister under kap. 2711, post 70 Spesialisthjelp.

Utvikling i refusjoner



Figur 7.1 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelsordningene i perioden 2009–2018 (beløp i mrd. kroner)

Refusjon legetjenester

Refusjoner til allmennleger har økt fra 3 131 mill. kroner i 2009 til 4 952 mill. kroner i 2018, svarende til en nominell vekst på 58,2 pst., jf. figur 7.1.

Det vises til omtale av allmennlegetjenesten under kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 2755, post 70 Allmennlegehjelp.

Refusjon fysioterapi

Folketrygdens utgifter til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, er redusert for perioden 2009 til 2018, fra 1 901 mill. kroner til 1 555 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. Det var også en liten nedgang i antall utløste takster. Refusjonsutgiftene til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, viser en økning fra 2 084 mill. kroner i 2014 til 2 250 mill. kroner i 2015, tilsvarende 7,8 pst.

Sykdomslisten (diagnoselisten) ble avviklet fra 2017. Om lag 55 pst. av brukere av den avtalebaserte fysioterapitjenesten var sykdomslistebrukere i 2016 (brukere med rett til gratis behandling). Samtidig økte aldersgrensen for fritak for egenandeler fra 12–16 år og egenandelstak 2 ble redusert fra 2 670 til 1 990 kroner. Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 974 mill. kroner i 2016 og 1 167 mill. kroner i 2017, en reduksjon på 41,9 pst. Reduksjonene er knyttet til bortfall av sykdomslisten, jf. figur 7.1. Når sykdomslistebrukerne fra 2017 måtte betale egenandel og egenandelstak 2 ble redusert, medførte dette at mange flere enn tidligere oppnådde frikort under tak 2. Dette medførte økte utgifter på takordningen. Netto besparelse ved avvikling av sykdomslisten var beregnet til 300 mill. kroner.

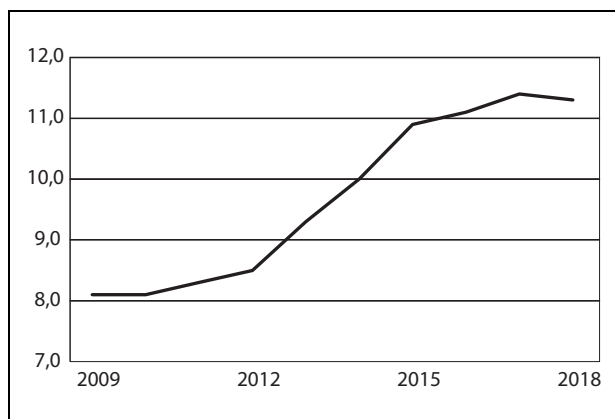
Det vises til omtale under kap. 762 og kap. 2755, post 62 Fastlønnsordning fysioterapeuter og post 71 Fysioterapi.

Refusjon legemidler på blå resept (inkl. egenandel på frikort)

Det ble refundert legemidler for 8,6 mrd. kroner til 2,5 millioner brukere i 2018 etter forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 2). I tillegg ble det med hjemmel i § 3, gitt refusjon på 2,2 mrd. kroner til om lag 183 000 unike brukere etter individuell søknad. Det ble gitt refusjon til behandling av smittsomme sykdommer for 17 mill. kroner etter § 4, til rundt 29 000 brukere. Videre ble det gitt refusjon til næringsmidler, etter § 6 i blåreseptforskriften, på 469 mill. kroner til 43 000 brukere.

Folketrygdens utgifter til legemidler over blåreseptordningen har økt fra 8,3 mrd. kroner i 2009 til 11,3 mrd. kroner i 2018, en nominell økning på 37 pst., jf. figur 7.2. I perioden 2014–2018 ble finansieringsansvaret for en rekke legemidler overført helseforetakene. I 2019 ble finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne sykdommer og veksthormonforstyrrelser overført. Overføring fra folketrygd til helseforetakene har bidratt til å redusere veksten under folketrygden.

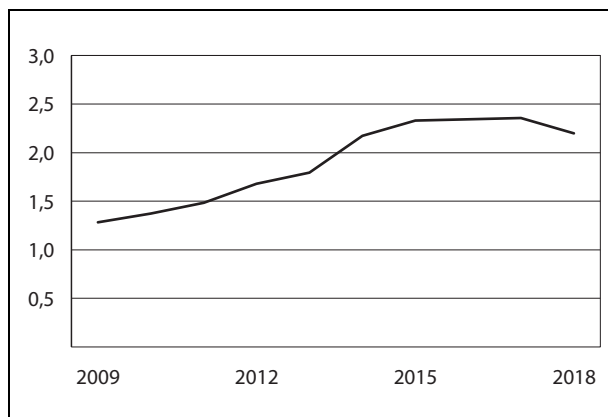
Det vises til omtale under kap. 2751, post 70 Legemidler.



Figur 7.2 Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler på blå resept, inkludert egenandeler på frikort på perioden 2009–2018 (beløp i mrd. kroner)

Refusjon tannbehandling

Folketrygdens utgifter til tannbehandling, økte fra 1 283 mill. kroner i 2009 til 2 197 mill. kroner i 2018, svarende til en nominell vekst på 71,2 pst. jf. figur 7.3.



Figur 7.3 Folketrygdens refusjoner til tannbehandling for perioden 2009–2018

I forbindelse med gradvis avvikling av ordningen med særfradrag ved store sykdomsutgifter, er refusjon til tannbehandling styrket og stønad til tannbehandling utvidet. Det gis stønad til tannbehandling ved 15 ulike stønadsordninger. Fra 2014 ble det innført en stønadsordning for personer som er tannløse i underkjeven og som ikke er i stand til å kunne anvende løstsittende protese. Ved denne stønadsordningen ble det i 2017 utbetalt 48 mill. kroner. Siden 2014 har økningen i refusjoner vært begrenset som følge av underregulering av takster og reduksjon av takstbeløp på områder hvor det av faglige grunner har vært ansett som riktig å foreta innstramminger i stønadsordningene.

Antall personer som mottok stønad til tannbehandling fra folketrygden økte fra om lag 1473 000 i 2012 til om lag 732 000 personer i 2017, en økning med om lag 55 pst. når barn og voksne sees samlet. Blant voksne eldre enn 20 år fikk 12,8 pst. stønad til tannbehandling i 2017. I tillegg kommer barn og unge som mottar stønad til tannregulering.

Det vises til omtale under programkategori 10.70 Tannhelse og kap. 2711, post 72 Tannbehandling.

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Fra 2009 til 2018 har utgiftene over egenandelstak 1 økt fra 3 434 mill. kroner til 5 135 mill. kroner, jf. figur 7.1. Dette er svarer til en nominell vekst på 49 pst.

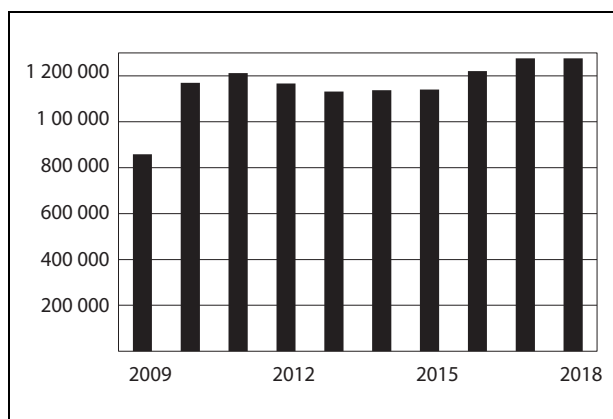
Utgiftsveksten var moderat fra 2008 til 2009. Stabiliteten hadde sammenheng med at økningen i egenandelstak 1 og egenandeler for tjenester som omfattes av egenandelstak 1-ordningen stort sett tilsvarte hverandre. Fra 2009 til 2010 økte

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 at flere får frikort som følge av innføringen av automatisk frikortordning i 2010 og at man i innføringsåret fikk om lag 200 mill. kroner i ekstraavgifter grunnet raskere utbetalinger.

Folketrygdens utgifter ble redusert fra 4 192 mill. kroner i 2010 til 4 010 mill. kroner i 2012. Dette har i hovedsak sammenheng med at overgangskostnader ved automatisk frikort falt bort i 2012. I tillegg har reduksjonen sammenheng med innføring av e-resept. E-resept gir mulighet til å håndheve regelen om ikke å utlevere mer enn maksimalt tre måneders forbruk, og at alle kjøp innenfor tre måneders-perioden lettere ses under ett ved beregning av egenandel. Fra 2012 til 2013 ble kostnadene ytterligere redusert fra 4 010 mill. kroner til 3 589 mill. kroner i 2013, en reduksjon på 10,5 pst. Dette henger sammen med en feilføring av egenandeler på blåreseptordningen. Utgiftene økte fra 4 098,5 mill. kroner i 2014 til 4 166,9 mill. kroner i 2015, en økning på 1,7 pst.

Økningen i utgiftene fra 2015 skyldes en stor økning i egenandelene i 2016 og 2017 uten tilsvarende økning i egenandelstaket.

I perioden fra 2008 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.



Figur 7.4 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2009–2018

I 2017 og 2018 ble det utstedt like mange frikort under egenandelstak 1-ordningen, 1 276 000, jf. figur 7.4.

Tall fra Nav for 2015 viser at det var 565 452 alders- og uførepensjonister som mottok frikort

under egenandelstak 1-ordningen. Om lag 54 pst. av frikortmottakerne var alders- og uførepensjonister. Om lag 600 000 av frikortmottakerne i 2015 hadde pensjonsgivende inntekt i 2014. Tilsvarende var det om lag 3,3 millioner personer i Norge med pensjonsgivende inntekt i 2014. 20 pst. av befolkningen med pensjonsgivende inntekt mottok dermed frikort tak 1.

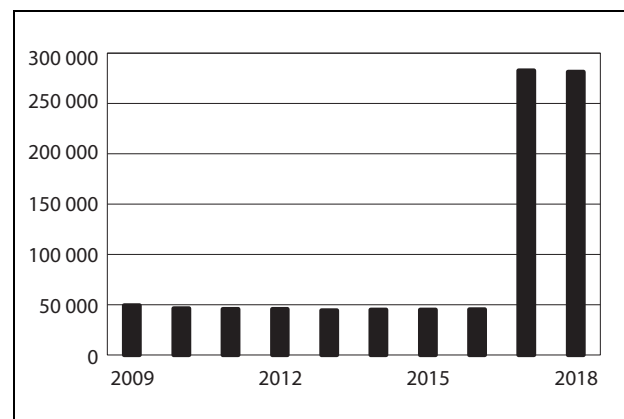
Det vises til omtale under kap. 2752, post 70 Egenandelstak 1.

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

For perioden 2009 til 2018 har utgiftene over egenandelstak 2 økt fra 175 mill. kroner til 974 mill. kroner, jf. figur 7.1. Dette svarer til en nominell vekst på 457 pst.

Fra 2009 t.o.m. 2016 har utgiftene holdt seg på om lag samme nivå nominelt, med 175 mill. kroner i 2009 og 167 mill. kroner i 2016. Utgiftene økte til 940 mill. kroner i 2017, en økning på 463 pst. Økningen skyldes bortfall av sykdomslisten, redusert tak 2 og automatiseringen av takordningen.

Fra 2017 til 2018 økte utgiftene fra 940 mill. kroner til 974 mill. kroner, svarende til en nominell vekst på 3,6 pst.



Figur 7.5 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2009–2018

I 2009 ble det utstedt 49 102 frikort under egenandelstak 2-ordningen, jf. figur 7.5. Fra 2010 til 2016 har antall frikortmottakere ligget mellom 44 000 og 46 000. I 2018 ble det utstedt 281 412 frikort, en reduksjon på 0,5 pst. fra 2017. Økningen i antall frikort i 2017 er knyttet til de nevnte endringene i ordningen over.

Tall fra Nav for 2015 viser at andelen av frikortmottakere med alders- og uførepensjon er 54 pst. 72 pst. av frikortmottakerne kvinner og 28 pst.

menn. 56 pst. av de som oppnår frikort under tak 2-ordningen, oppnår også frikort under tak 1-ordningen. 33 340 av frikortmottakerne under tak 2 i 2015 hadde pensjonsgivende inntekt i 2014. Tilsvarende var det om lag 3,3 millioner personer i

Norge med pensjonsgivende inntekt i 2014. 1 pst. av befolkningen med pensjonsgivende inntekt mottok dermed frikort tak 2.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 71 Egenandelstak 2.

8 Forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg 21

HelseOmsorg21-strategien fra 2014 inneholder om lag 140 anbefalinger fordelt på 10 prioriterte satsingsområder. Tiltakene er rettet mot næringsliv, sykehus, universiteter og høyskoler, offentlig forvaltning, kommunesektoren, brukere, brukerorganisasjoner og departement. Ansvar for å følge opp strategien ligger hos alle aktørene.

Regjeringen har fulgt opp sitt ansvar gjennom blant annet sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Regjeringen har også lagt fram tre stortingsmeldinger som er viktige for arbeidet og prioriteringer av forskning, innovasjon og næringsutvikling innenfor helse og omsorg framover. Den reviderte langtidsplanen for forskning og høyere utdanning ble lagt fram samtidig med statsbudsjettet for 2019. I april 2019 la regjeringen frem Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester. Det vises til omtale av denne i Nærings- og fiskeridepartementets budsjettproposisjon under Programkategori 17.10 Forvaltning og rammebetingelser. Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn ble også lagt fram i april. Det legges opp til at HelseOmsorg21-rådet som samhandlingsarena videreføres etter juni 2019, men med endring i rådets sammensetning og justeringer i deres mandat.

HelseOmsorg21-rådet (Rådet)

Rådet har bestått av 30 medlemmer og skulle i fellesskap bidra til en helhetlig oppfølging av strategien. Forskningsrådet er sekretariat for Rådet. I 2018 og i første del av 2019 hadde Rådet hatt sju møter, to av disse i 2019. De viktigste aktivitetene i siste periode har dreid seg om følgende satsingsområder: kompetanseløft for kommunene og etablering av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde, bruk av helsedata og arbeidet med Helseanalyseplattformen, og brukervirkning i forskning. For mer informasjon om Helseanalyseplattformen, se kapittel 701. Rådet har i tillegg fulgt opp oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet om en egevaluering, ett av innspillene til dette er rapporten Analyse av dagens forsknings- og innovasjonssystem som er gjennomført av Damvad Analytics.

Departementene har igangsatt eller gjennomført tiltak i tråd med handlingsplanen, jf. tabell under. Status for oppfølging er at regjeringen i stor grad har oppfylt oppfølgingen av handlingsplanens tiltakspunkter innenfor de prioriterte områdene. Statsbudsjettet for 2020 er dermed det siste året for egen rapportering, de prioriterte områdene i strategien vil utvikles videre i ordinære prosesser og gjennom aktuelle strategier og meldinger.

Tabell 8.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Mer bruker-medvirkning	a. Innføre en hovedregel om bruker-medvirkning i forskning finansiert av HOD	HOD	Gjennomført
	b. Innføre behovsidentifisert forskning som et nytt virkemiddel i Forskningsrådet og i de regionale helseforetakene	HOD	Gjennomført
	c. Evaluere omfang og effekt av brukermedvirkning i forskning	HOD	I prosess. Foreløpig kartlegging. Nasjonal veileder utarbeidet.
Utvikling av menneskelige ressurser	a. Bedre kvaliteten og øke relevansen i helse- og sosialfaglige utdanninger ved å følge opp prosjektet «Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene» og følge opp prosjektet Kvalitet i praksisstudier	KD	I prosess. Utvikling av nasjonale faglige retningslinjer for grunnutdanningene i helse- og sosialfag.
	b. Vurdere et mer omfattende, lovpålagt ansvar for kommunene til å ta imot praksisstudenter	KD	I prosess
	c. Utvikle en spesialistutdanning for leger rettet mot behov og utfordringer i framtida, der klinisk forskning kan inngå	HOD	Gjennomført
	d. Gi universitet og høyskoler større handlefrihet til å føre en fleksibel personalpolitikk som gir ønsket kompetanse og god rekruttering ved å innføre en forskrift om innstegstillinger <ul style="list-style-type: none"> - revidere forskrift om opprykk ved tilsetninger i universitets- og høyskolesektoren - vurdere å endre reglene for utrekning av tjenestetid for stipendiater 	KD	Gjennomført
Strategisk kunnskapsbasert styring	a. Etablere HelseOmsorg21-monitor	HOD	Gjennomført
	b. Kartlegge barrierer og handlingsrom for samarbeid mellom UH-sektoren og helseforetakene	HOD/KD	Gjennomført

Tabell 8.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering	a. Vurdere hvordan stimulerings tiltakene i opptrappinga av langtidsplanen kan bidra til å styrke norsk deltakelse i helseforskning i Horisont 2020 og ERA	KD	Fulgt opp. Styrket generelle virkemidler og spesielt helse.
	b. Innrette nasjonale virkemidler slik at de virker mobiliserende og kvalifiserende for deltakelse i Horisont 2020	HOD/KD	Gjennomført
	c. Styrke den grunnleggende fremragende forskningen	KD	Styrket de generelle virkemidlene
	d. Øke bevilgningene til forskningsinfrastruktur, i tråd med den varsle opptrappingen i langtidspanen for forskning og høyere utdanning	KD	Fulgt opp.
	e. Vurdere en ny senterordning for klinisk forskning i Forskningsrådet	HOD	Gjennomført.
Møte de globale helseutfordringene	a. Videreutvikle insentiv for partnerskap med forskere i lav- og mellominntektsland, bl.a. gjennom eksisterende mekanismer som GLOBVAC og NORHED	UD	I prosess
	b. Utrede og etablere en finansieringsmekanisme for innovasjonsprosjekt innen global utdanning og helse	UD	I prosess
Helsedata som nasjonalt fortrinn	a. Revidere forskriftene som er hjemlet i helseregisterloven	HOD	I prosess
	b. Vurdere en samlet forskrift for de store befolkningsbaserte helseundersøkelsene	HOD	Gjennomført. Forskrift trådte i kraft august 2018.
	c. Vurdere mulige ordninger for å finansiere større datainnsamlinger gjennom befolkningsbaserte helseundersøkelser	HOD	I prosess, mottatt rapport fra Forskningsrådet
	d. Delfinansiere datainnsamling i HUNT4	HOD	Gjennomført.
	e. Vurdere etablering av et personidentifiserbart register over legemiddelbruk og et register over psykiske lidelser og rus	HOD	I prosess.
	f. Vurdere tiltak for å lette koblinger mellom helsedata og andre typer datakilder for ulike formål og brukergrupper, samtidig som personvernet tas hensyn til.	HOD	Pågår arbeid med å etablere helseanalyseplattformen. Høringsnotat om tilgjengeliggjøring av helsedata sendt på høring med frist 4. november d.å.

Tabell 8.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Bedre klinisk behandling	a. Etablere et felles program for klinisk behandling/forskning i spesialisthelsetjenesten	HOD	Gjennomført.
	b. Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke infrastrukturen for utprøving og testing av ny diagnostikk og medisinsk utstyr	HOD	Gjennomført.
	c. Opprette nytt program i Forskningsrådet for god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering	HOD	Gjennomført.
	d. Videreutvikle nettsidene med pasientrettet informasjon om kliniske studier på helsenorge.no	HOD	Gjennomført.
	e. Etablere en nasjonal database for kliniske studier	HOD	Gjennomført.
	f. Etablere et forskningsnettverk innenfor tannhelse	HOD	Gjennomført.
	g. Innføre partikkelbehandling i Norge gjennom etablering av protonsenters	HOD	Vedtatt av Stortinget i budsjettet for 2018.
Kunnskapsløft i kommunene	a. Bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene	HOD	I prosess
	b. Vurdere å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	HOD	Gjennomført.
	c. Gi nasjonale og regionale kompetansesenter for helse- og omsorgstjenestene utenfor spesialisthelsetjenesten et samfunnsoppdrag om forskning og kunnskapsstøtte	HOD	Gjennomført.
	d. Opprette et nytt forskningsprogram i Forskningsrådet, Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet, som skal styrke kunnskapen om folkehelse i kommunene	HOD	Gjennomført.
Effektive og lærende tjenester	a. Øke omfanget av følgeforskning og tjeneste-innovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene	HOD	Følges opp.
	b. Følgeevaluere reformene Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreft for å se effektene av endringene	HOD	Oppdragene utlyst av NFR i 2017, og alle er i gang.

Tabell 8.1 Oversikt over departementenes oppfølging innenfor de ti prioriterte områdene

Prioritert område	Tiltak	Ansvarlig dept.	Status
Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde	a. Styrke de generelle virkemidlene i den næringsrettede forskings- og innovasjonspolitikken i 2016	NFD	Fulgt opp. SkatteFunn, BIA, FORNY og FOU-kontraksordningen styrket
	b. Styrke arbeidet med standardisering innenfor e-helse og velferdsteknologi	HOD	I prosess, mottar rapport om IKT-arkitektur for velferdsteknologi høsten 2019.
	c. Legge til rette for at den offentlige helse- og omsorgstjenesten har effektiv dialog med markedet om de behovene markedet har	NFD	Fulgt opp. Ny lov om anskaffelser vedtatt.
	d. Legge til rette for mer bruk av innovasjonsfremmende anskaffelsesmetoder	NFD	I prosess, jf. Stortingsmelding om offentlig anskaffelser.
	e. Styrke Nasjonalt program for leverandørutvikling i 2016	NFD	Gjennomført.
	f. Legge til rette for et mer helhetlig og koordinert samarbeid om forskning, innovasjon og næringsutvikling mellom forskingsmiljøer og matnæringen – innenfor mat, ernæring og helse	HOD	I prosess.

Nedenfor følger en omtale av områdene Kunnskapsløft i kommunene og Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) ble oppnevnt i HelseOmsorg21-rådsmøte i mars 2017, i første omgang for perioden fra 1. august 2017 til 31. desember 2018. KSF har i denne perioden rapportert til HelseOmsorg21-rådet. KSF har hatt som mandat å følge opp satsningsområdet «kunnskapsløft for kommunene» i HelseOmsorg21-strategien, og utarbeide et forslag til styrket forskning, innovasjon og utdanning innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapporten ble overlevert helseministeren og eldre- og folkehelseministeren i april 2019.

NIFUs kartlegging og analyse av forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene viser at forskning knyttet til disse tjenestene er økende og at antallet vitenskapelige artikler er nær firedoblet i løpet av siste 10-årsperiode. Regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentre samt Kompetanseløft 2020 utgjør en viktig del av nasjonale myndigheters satsning

på å styrke forskning og kompetanse i helse og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. I 2018 ble det etablert enhetlige forskningsindikatorer og rapporteringsrutiner for forskningsaktivitet til forsknings- og kompetansesentrene. Dette er en viktig del av arbeidet med å gi en bedre oversikt over forskningsinnsatsen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sentrene har rapportert publikasjonspoeng i det nasjonale forskningsinformasjonssystemet Cristin-databasen for 2017 og 2018. Resultatene viser at det er en betydelig forskningsaktivitet i regi av sentrene. Den varslede omfordelingen av en liten andel av forskningsmidlene, innenfor rammen til sentrene, ut i fra forskningsaktivitet basert på sentrenes forskningsindikatorer, utsettes til 2021. Helsedirektoratet viderefører arbeidet med å innhente og kvalitetssikre indikatorene, og kommer med forslag til vektning av disse. Som et ledd i den videre utviklingen av sentrenes øvrige oppgaver har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utvikle og implementere målområdet med ytterligere indikatorer.

HelseOmsorg21-rådet har hatt en viktig rolle som pådriver og premissleverandør for temaet helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde. Rådet oppnevnte en egen gruppe som utarbeidet et omfattende innspill til departementenes arbeid med Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester. Flere av rådets medlemmer deltok også i det offentlige ordskiftet om temaet. Kunnskapssys-

temet for bedre folkehelse har også vært et viktig område, og rådet bidro med viktige innspill til Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldingen – Gode liv i et trygt samfunn. Regjeringen ønsker å videreutvikle HelseOmsorg21-rådets rolle som strategisk arena for samarbeid mellom næringslivet, forskningsmiljøer og offentlig forvaltning på helse- og omsorgsfeltet.

9 Helhetlig samhandling og felles kommunal journal

Det er et stort behov for bedre samhandling om pasienter på tvers av behandlingsnivå og virksomheter. Dette forsterkes ytterligere i årene som kommer, blant annet som følge av den demografiske utviklingen, økte kostnader på behandling og økte forventninger i befolkningen. Dersom dagens etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester fortsetter, vil det i fremtiden oppstå et underskudd av helsepersonell. Digitalisering og teknologi er viktige virkemidler som kan bedre denne situasjonen.

Helse- og omsorgstjenestens viktigste arbeidsverktøy, pasientjournalen, støtter i dag ikke godt nok opp om målene om en effektiv og bærekraftig helsetjeneste som tilbyr helhetlige og koordinerte tjenester. Spesielt har helsepersonell i kommunene behov for enklere og sikrere tilgang til pasientinformasjon fra de ulike delene av kommunens helse- og omsorgstjeneste og fra spesialisthelsetjenesten. Pasienter og brukere har behov for å møte en helsetjeneste som opptrer helhetlig og koordinert og få tilgang til informasjon om egen helse og behandling.

Dette er bakteppet for det langsiktige målet om *Én innbygger – én journal*. Det er behov for nasjonale tiltak som utnytter teknologiske muligheter til å styrke pasientsikkerhet og kvalitet og bidrar til mer effektiv ressursutnyttelse. Nå jobbes det med tre strategiske og parallelle tiltak: 1) videreutvikling av eksisterende regionale løsningsmodeller i spesialisthelsetjenesten i Nord, Vest og Sør-Øst, 2) etablering av Helseplattformen som en regional fellesløsning i Midt-Norge og 3) etable-

ring av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Direktoratet for e-helse har gjennomført en konseptvalgutredning for å løse behovene i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor Midt-Norge, og for samhandlingen med øvrig helsetjeneste. Det anbefalte konseptet «Løsning for helhetlig samhandling og felles journal i kommunal helse- og omsorgstjeneste» ble kvalitetssikret i henhold til Finansdepartementets ordning for av store statlige investeringer (KS1), og et forprosjekt ble besluttet igangsatt av regjeringen våren 2019. Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å gjennomføre forprosjektet i tråd med statens prosjektmodell. Forprosjektet skal utrede modeller for organisering og ansvars plassering, herunder behov for eventuell kommunalt medeierskap eller lovbestemte plikter, og se dette i sammenheng med reglene om offentlig støtte og anskaffelser. Forprosjektet skal vurdere strategier for stegvis gjennomføring og reduksjon av risiko, kompleksitet og kostnader. Anbefalingene fra forprosjektet og en påfølgende ekstern kvalitetssikring (KS2) vil danne grunnlag for eventuell beslutning om å starte anskaffelse og innføring. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med en slik eventuell beslutning og fastsettelse av prosjektets kostnadsramme i forbindelse med ordinære budsjettprosesser.

Grunnleggende digitale forutsetninger og grep for å nærme seg målbildet for pasientbehandlingen på kortere sikt, vil omtales i den kommende nasjonale helse- og sykehusplanen.

10 Internasjonalt samarbeid

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter slår fast at enhver har rett til høyest mulig helsestandard, både fysisk og psykisk. Et viktig virkemiddel for å oppnå dette, og et hovedmål for den norske innsatsen i globalt helse-samarbeid, er universell helsedekning: at alle mennesker har tilgang til og råd til å benytte seg av grunnleggende helsetjenester. Samtidig er det viktig å delta i internasjonalt helsesamarbeid for å fremme og ivareta norske helsepolitiske interesser. Sentrale arenaer er De forente nasjoner (FN), Verdens helseorganisasjon (WHO), Den europeiske union (EU), Europarådet, Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD), Nordisk Ministerråd og samarbeidet i Barentsregionen og Den nordlige dimensjon.

FNs bærekrafts- og utviklingsmål

I 2015 vedtok FNs medlemsland en ny global dagsorden for utvikling. 2030-agendaen med bærekraftsmålene er forankret i FN-pakten og erklæringen om menneskerettigheter. Med bærekraftsmålene legges det opp til en global dugnad som skal utrydde ekstrem fattigdom, utjevne sosiale ulikheter og bremse klimaendringene. Bærekraftsmålene er universelle. Det betyr at de også gjelder for Norge.

Helseforvaltningen i Norge bidrar aktivt i oppfølgingen av det nye målsettet, inkludert i WHO og andre av FNs særorganisasjoner som behandler helserelaterte problemstillinger. Også i andre internasjonale fora, som OECD og Nordisk Ministerråd, bidrar departementet i arbeidet med bærekraftsmålene.

Norge, Tyskland og Ghana tok i 2018 initiativ til utviklingen av én felles handlingsplan for oppnåelsen av bærekraftsmål 3 for helse. Handlingsplanen omfatter 12 organisasjoner på det globale helseområdet og er utviklet under ledelse av WHO. Hensikten er å koordinere den globale helsearkitekturs samlede bidrag til oppnåelsen av dette målet. Planen ble lansert under FNs høynivåuke i september 2019.

Helseforvaltningen følger opp bærekraftsmål 3 som skal sikre god helse og fremme livskvalitet

for alle, uansett alder. I tillegg følger helseforvaltningen opp andre helserelaterte bærekraftsmål, som ernæring (bærekraftsmål 2) og rent vann og gode sanitærforhold (bærekraftsmål 6), gjennom folkehelsearbeidet. Oppfølging av andre bærekraftsmål vil også ha innvirkning på folkehelsen, f.eks. bærekraftsmål 10 om lik tilgang for alle til helsetjenester og bærekraftsmål 12 i sammenheng med ansvarlig medisinbruk for å motvirke antibiotikaresistens og å sikre tilgangen til effektive legemidler. De fleste av hovedmålene har imidlertid konsekvenser for helse; fattigdom, sult, utdanning, arbeidsforhold, boforhold og nærmiljøer og lokalsamfunn, klimaendringer, forurensning og sosial forskjeller.

Oppnåelsen av bærekraftsmålene avhenger av nasjonal og internasjonal innsats og dette perspektivet er tydeliggjort i mål 17 om samarbeid for å nå målene.

Forente nasjoner (FN)

Norge bidrar til og følger med på flere helseområder i FN, som:

- Målet om universell helsedekning
- Antimikrobiell resistens (AMR)
- Ikke-smittsomme sykdommer
- FNs arbeidsgruppe for aldring
- FNs narkotikakommisjon (CND).

Verdens helseorganisasjon (WHO)

Som FNs særorganisasjon for helse er WHO en sentral arena for Norges internasjonale helseengasjement. WHO er verdens ledende normative organisasjon innen helse. Norge gir økonomisk støtte over Utenriksdepartementets budsjett i form av pliktige og frivillige bidrag. Helse- og omsorgsdepartementet leder delegasjonene til møtene i WHOs styrende organer.

Helseforsamlingen vedtok i 2018 en ny femårig strategi (2019–2023) som det overordnede rammeverket for WHOs arbeid. Strategien etablerer universell helsedekning som et av de viktigste overordnede målene for WHOs arbeid. Hovedelementene er gradvis økning av tilgang til helsetje-

nester gjennom styrking av primærhelsetjenester og for å sikre reell tilgang for alle. Fra norsk side bidrar vi bl.a. ved å gi politisk og faglig støtte til satsingen på universell helsedekning og primærhelsetjeneste og gjennom arbeidet med helsepersonell.

En annen hovedprioritering for WHO er helsekriseberedskap. De siste årenes styrking av helsekriseberedskapen har satt WHO i stand til å håndtere forebygging og utbrudd av smittsomme sykdommer på en bedre måte enn for få år tilbake. Helseystemstyrking på landnivå, inkludert gjennomføring av Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), er en viktig komponent i dette arbeidet. IHR 2005 etablerer retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, bl.a. ved pandemier og grenseoverskridende kjemikaliehendelser. Norge, særlig gjennom Folkehelseinstituttet, er engasjert i dette arbeidet gjennom samarbeid med fire lav- og mellominntektsland.

Også programsatsinger knyttet til ikke-smittsomme sykdommer og antimikrobiell resistens er sentrale i WHO's strategi og følges tett fra norsk side. WHO har en viktig rolle i den globale koordineringen av tverrsektorielt arbeid mot AMR, i å understøtte forskning og utvikling, og å sikre ansvarlig bruk av eksisterende antibiotika. Norge deltar aktivt i oppfølgingen av dette arbeidet.

På helseforsamlingen i 2019 (WHA72) vedtok WHO en resolusjon om større åpenhet i markedene for legemidler og andre helseteknologier, herunder legemiddelpriser. Resolusjonen oppfordrer blant annet land til å treffe tiltak for å dele informasjon om prisene på legemidler. Norge følger opp resolusjonen i samarbeid med andre land og aktører.

Oppfølgingen av Høynivåkommissjonen om helsearbeidere og økonomisk vekst skjer gjennom en felles femårig arbeidsplan for WHO, ILO og OECD. Norge skal bidra til styrking av dette arbeidet i 2020 som ledd i arbeidet for universell helsedekning.

WHO vedtok i 2012 et mål om 25 prosent reduksjon i prematur dødelighet som følge av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025. Delmålet for NCD under bærekraftsagendaen framskriver dette til en reduksjon på 1/3 innen 2030. Norge skal bidra til oppnåelse av dette målet blant annet gjennom tiltak knyttet til de fire viktigste risikofaktorene tobakk, alkohol, usunt kosthold og fysisk inaktivitet. Stortinget ba i forbindelse med fremleggningen av statsbudsjettet for 2019 om at regjeringen etablerer en tydelig strategi for hvordan Norges helsebistand bør innret-

tes for også å fange opp forskyvningen i den globale sykdomsbyrden fra smittsomme til ikke-smittsomme sykdommer. Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har samarbeidet om utarbeidelsen, som er den første slike strategien globalt.

Et viktig verktøy i denne sammenheng er WHO's tobakkskonvensjon. Norge ratifiserte i juni 2018 protokollen mot ulovlig handel med tobakk, en egen internasjonal avtale under tobakkskonvensjonen. Formålet med protokollen er å forebygge og bekjempe ulovlig handel gjennom bedre myndighetskontroll med produksjons- og omsetningskjeden og ved å legge til rette for tettere internasjonalt samarbeid. Ulovlig handel utgjør en alvorlig trussel mot folkehelsen da den øker tilgjengeligheten til billigere tobakksvarer og undergraver myndighetenes forebyggingspolitikk. I tillegg medfører ulovlig handel betydelige tap av avgifter for staten og bidrar til finansiering av internasjonal kriminalitet. Oppfølging av det internasjonale arbeidet knyttet til videreutvikling av protokollen og gjennomføring av protokollen i norsk rett vil være prioriterte oppgaver i 2020.

Verdens helseforsamling har vedtatt en global strategi for reduksjon av skadelig bruk av alkohol. Norge deltar i koordineringsrådet for implementering av strategien. Norge deltar også i oppfølgingen av WHO's globale handlingsplan for økt fysisk aktivitet (2018–2029). WHO's strategi for fysisk aktivitet i Europa ble vedtatt av regionalkomiteen i 2015 og Norge bidrar aktivt i oppfølgingen.

I juni 2019 ble regjeringens handlingsplan for bærekraftige matsystemer i norsk utenriks- og utviklingspolitikk 2019–2023 lansert. Denne inkluderer innsats innen ernæring og mattrygghet. Globalt ernæringsarbeid er nært knyttet opp mot det internasjonale toppmøtet om ernæring (ICN2), og gjennomføring av FNs tiår for ernæring (2016–2025). Som oppfølging av dette har Norge ved Nærings- og fiskeridepartementet, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Utenriksdepartementet og Klima- og miljødepartementet initiert et globalt nettverk for blant annet å øke forbruket av fisk; Global Action Network on Sustainable Food from the Oceans and Inland Waters for Food Security and Nutrition.

Norge deltar også aktivt i arbeidet i Codex Alimentarius, FAO og WHO's felles organisasjon hvor internasjonale standarder på matområdet utarbeides og vedtas.

Norge deltar i miljø- og helseprosessen i regi av WHO's Europaregion (WHO EURO), herunder gjennomføring av WHO EURO/UNECE-protokol-

len (United Nations Economic Commission for Europe) om vann og helse. Norge har sittet i byrået for protokollen i en årrekke, og deltar i arbeidsprogrammet til protokollen knyttet til overvåking av vannbårne sykdommer og overvåking av vannkvalitet.

Norge deltar også aktivt i det Pan-europeiske programmet for transport, helse og miljø (THE PEP) i regi av WHO EURO/UNECE og følger opp Paris-erklæringen fra 2014. Norge har fra 2016 vært representert i byrået fra helsesiden, og deltar i forberedelser til neste høynivåmøte i 2020.

WHO's handlingsplan for mental helse (2013–2020) oppfordrer alle medlemsland om å utarbeide egne strategier og planer for å forebygge og behandle psykiske lidelser. Norge har med bakgrunn i bl.a. denne oppfordringen utarbeidet regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Regjeringen følger opp strategien med en egen opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse som er lagt fram i 2019.

Den europeiske union (EU) og Det europeiske økonomiske samarbeid (EØS)

Norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ivaretas gjennom aktiv deltakelse i EUs prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet, inkludert i EFTAs og Europakommisjonens arbeidsgrupper.

En viktig sak i 2020 blir å planlegge det langsiktige forholdet til Storbritannia ved landets uttreden av EU. Storbritannia er et viktig samarbeidsland for Norge, og det blir viktig å søke løsninger som kan ivareta norske borgeres rett til helsehjelp når de oppholder seg i Storbritannia også etter brexit. Også teknisk samarbeid på myndighetsnivå kan trenge nye bilaterale løsninger.

EUs tobakksproduktdirektiv trådte i kraft 20. mai 2016 for EU-landene, og omfatter nye og større helseadvarsler, forbud mot smakstilsetninger i røyketobakk, utvidede rapporteringsforpliktelser, et nytt merkings- og sporingssystem for å hindre ulovlig handel samt regulering av e-sigaretter. Direktivet forventes innlemmet i EØS-avtalen i 2019. Norge deltar som observatør i EUs regulatoriske komité og ekspertgruppe på tobakk.

EUs handlingsplan mot antimikrobiell resistens fra 2017 skal bidra til styrket innsats i EU-landene mot antibiotikaresistens. Norge deltar i flere oppfølgingstiltak under handlingsplanen, blant annet gjennom EUs helsesikkerhetskomité og aktiviteter under Joint Action om antibiotikaresistens, og Norge deltar i EUs One Health Network on Antimicrobial Resistance.

Nytt EU-regelverk for veterinære legemidler ble vedtatt i desember 2018. Formålet er å bidra til økt beskyttelse av menneskers og dyrs helse. Forordningen er del av EUs regelverk for å følge opp EUs handlingsplan mot antimikrobiell resistens (AMR). Den regulerer i større grad enn tidligere bruken av antibiotika samt tiltak for å begrense bruken. Utover dette omhandler regelverket i hovedsak hvordan veterinære legemidler skal godkjennes innenfor EØS-området. Godkjeningsprosedyrene skal sørge for at disse er mer samkjørte og i større grad går gjennom en sentral prosedyre, som for humane legemidler, slik at regelverket anvendes likt innenfor EØS-området. Et annet viktig formål med det nye regelverket er at det skal legges bedre til rette for utvikling av legemidler til dyr.

Regelverket på matområdet utgjør kvantitativt sett den største andelen av rettsaktene i EØS-avtalen. Mattilsynet deltar i relevante arbeidsgrupper under Europakommisjonen og bidrar gjennom det til regelverksutviklingen på matområdet. Norske posisjoner fastsettes i ukentlige koordineringsmøter der Helse- og omsorgsdepartementet deltar sammen med Landbruks- og matdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet har en nasjonal ekspert på mattrygghetsområdet.

Det arbeides med å innlemme EUs nye kontrollforordning, vedtatt i mars 2017, i EØS-avtalen. Målet med forordningen er å få en mer helhetlig og bedre kontroll med matproduksjonskjeden. Arbeidet med utfyllende regelverk under denne forordningen pågår for fullt i EU med Norge som aktiv deltaker. Videre arbeides det med å innlemme EUs forordninger om genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer i EØS-avtalen.

Alkoholholdige produkter har så langt vært unntatt fra kravet om merking med ingredienser og næringsdeklarasjon som ellers gjelder næringsmidler. Den europeiske alkoholindustrien la våren 2018 fram et forslag til selvregulering på området, som fortsatt vurderes av Europakommisjonen. Helsemyndighetene i flere EU-land har uttrykt stor skuffelse over forslaget, mens sterke næringsinteresser er imot innføring av merking. Norge ønsker en regulering i EU, og har ved flere anledninger tatt opp dette med Europakommisjonen.

Norske fagmyndigheter deltar i Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA) og EUs legemiddelbyrå (EMA). Som følge av brexit vil øvrige land i EMA, inkludert Norge, måtte styrke sine aktiviteter knyttet til arbeidet på legemiddelområdet.

Europeiske referansenettverk (ERN) knytter sammen helsepersonell over hele Europa virtuelt for å håndtere komplekse eller sjeldne medisinske tilstander som krever høyt spesialisert behandling ved å samle kunnskap og ressurser på tvers av land. Det er etablert europeiske referansenettverk på 24 ulike fagområder som vil gi bedre pasientbehandling for blant annet skjelettsykdommer, hematologiske sykdommer, barnekreft og immunsvikt. Noen av oppgavene til nettverkene er å utvikle nye innovative modeller for pasientbehandling og diagnostisering, e-helseverktøy, medisinske løsninger og helseregistre samt understøtte forskning gjennom kliniske studier. Norge deltar aktivt i utviklingen av de europeiske nettverkene. Fem norske nasjonale tjenester er hittil godkjent for å delta i tre ulike nettverk, i tillegg til disse er seks norske fagmiljøer tilknyttet fem ulike nettverk, men da som støttemedlemmer. Flere norske fagmiljøer vil ha mulighet for å knytte seg til nettverkene i løpet av 2020 som fullverdige medlemmer i en ny utlysingsrunde.

Legemiddelverket og Folkehelseinstituttet skal delta i det nyopprettede internasjonale samarbeidet rundt metodevarsling i regi av Belgia, Nederland, Luxembourg og Østerrike. Norsk deltakelse i International Horizon Scanning Initiative (IHSI) skal avlaste nasjonale ressurser ved at IHSI-databasen kan brukes supplerende eller som erstatning til gjeldende kilder om nye legemidler og metoder på vei inn i markedet. Det vises til omtale av under kap. 732 post 72–75.

Videre er Norge medlem i EUs narkotikaovervåkingssenter (EMCDDA). Senteret samler inn og analyserer data, driver utviklingsarbeid for å forbedre sammenliknbarheten av data på tvers av grenser, og formidler og distribuerer informasjon.

Norge fikk i 2018 WHO-godkjenning av sitt Emergency Medical Team 1 (EMT1), en helseressurs som på kort varsel skal kunne stilles til disposisjon for internasjonal innsats via EUs krisehåndteringsmekanisme. Teamet er nå operativt og har deltatt i en øvelse i Romania. Ekspertene som inngår i teamet har ved flere anledninger bistått med opplæring og rådgivning i DR Kongo i 2018 og 2019. Gjennom tilknytningen til EUs mekanisme og gjennom nordisk samarbeid, har de nordiske landene etablert en felles mekanisme for å håndtere et stort antall brannskadde og søkte i 2019 EU om medfinansiering til utvikling og etablering av en nordisk kapasitet for transport av pasienter med alvorlige smittsomme sykdommer.

Norge deltar i EUs forsknings- og innovasjonsprogram Horisont 2020, der helse er høyt prioritert. Videre deltar Norge i totalt ti fellesprogram-

mer i EU (Joint Programming Initiatives), og av disse er tre særlig rettet mot helse: nevrodegenerative sykdommer og Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens (AMR) og mat, kosthold og helse (HDHL). Se også kap. 780, post 50.

Under EØS-midlene 2014–2021 er helse videreført som et samarbeidsområde, og planlegging og igangsetting av aktiviteter er i gang.

Norge deltar videre i følgende fora:

- Komiteen for nasjonal alkoholpolitikk og tiltak (CNAPA).
- EUs helsesikkerhetskomité (HSC). HSC utvikler bl.a. felles standarder og krisehåndteringsverktøy og har nettverk for informasjon og varsling.
- EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC) i Stockholm.
- EUs tredje helseprogram 2014–2020. Her leder Norge flere ulike arbeidspakker, inklusive arbeidet om migrasjon og helse under Joint Action om sosial ulikhet i helse.

Europarådet

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter.

Retten til helse er forankret i Den europeiske sosialpakten. Norge deltar i de mellomstatlige komiteene og i helsefaglige ekspertfora. Komiteen Bioethics, (DHBIO), arbeider med rettigheter og vern av pasienter og forskningsdeltakere, veiledning for aktører på biomedisinområdet, genetiske undersøkelser, medisinsk- og helsefaglig forskning, transplantasjon, bruk av tvang innen psykisk helsevern, beslutningsprosesser ved livets slutt, bruk av biobanker, utfordringer ved nye teknologier mv.

Europarådets konvensjon mot ulovlig handel med menneskeorganer ble vedtatt i 2014. Norge ratifiserte konvensjonen høsten 2017. Formålet med konvensjonen er å forebygge og bekjempe organhandel. Dette skal skje gjennom å kriminalisere alle sider av organhandel, å beskytte ofre for organhandel og å legge til rette for samarbeid mot organhandel på nasjonalt og internasjonalt nivå. Statene forplikter seg til å sørge for nødvendig lovgivning og andre tiltak for å kunne straffe dem som begår handlinger som er knyttet til ulovlig uttak og innsetting av menneskelige organer. Konvensjonen forplikter også statene til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til transplantasjonsbehandling.

Pompidougruppen er Europarådets helse-, sosial- og justispolitiske gruppe for narkotikas-

pørsmål. Norge er en pådriver for å holde menneskerettighetsspørsmål på dagsorden i gruppen, og har arbeidet for å øke forståelsen for sivilt samfunns rolle i narkotikapolitisk arbeid.

Europarådets direktorat for legemiddelkvalitet (EDQM) er sekretariat for den europeiske farmakopékommisjonen som har ansvaret for utviklingen av den europeiske farmakopeen (Ph. Eur.), vedtatt av Europarådet i 1964. Farmakopeen beskriver standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår legemidler.

Nordisk Ministerråd

Helse- og omsorgsdepartementet ivaretar samarbeidet under Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk (MR-S) og Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk (MR-FJLS). Disse to ministerrådene arbeider for nordisk merverdi ved at utvalgte oppgaver belyses og løses på nordisk nivå for å øke nordisk kompetanse og konkurransekraft. I økende grad blir dette arbeidet også satt inn i et europeisk og globalt perspektiv. Samarbeidet i MR-S konsentrerer seg om utvikling av og styrket bærekraft for de nordiske velferdssamfunnene. Kjerneoppgavene for MR-FJLS er å fremme bærekraftig utnyttelse av naturressurser og genetiske ressurser. Næringsstoffanbefalinger og kostråd er de viktigste grunnlagene for alt ernæringsarbeid. Sjette revidering av de nordiske næringsstoffanbefalingene (2019–2022) under MR-FJLS er et omfattende arbeid som ledes av Norge. Bærekraftperspektivet skal ivaretas i større grad enn ved tidligere revisjoner.

Det norske formannskapsprogrammets helseprioriteringer har vært videreført gjennom de treårige formannskapsprosjektene Nordisk forskningssamarbeid for bedre helse og En felles nordisk kommunikasjonsplan for å motvirke antibiotikaresistens.

Prosjektet Nordisk forskningssamarbeid for bedre helse 2017–2019 har som målsetting å legge til rette for nordisk helseforskning på tvers av de nordiske landene, særlig på områder der de aktuelle pasientgruppene i hvert enkelt land er små. Delprosjektene om forenklet etikkgodkjenning og datautveksling vil fortsette ut over prosjektperioden. Nordic Trial Alliance (delprosjekt 3) har mobilisert 30 mill. kroner til tre kliniske studier innenfor barnekraft.

Helse- og omsorgsdepartementet deltar også i det tverrsektorielle formannskapsprosjektet Attraktive byer – Grønn omstilling og konkurransekraft i nordiske byregioner: Byer som ramme

for gode liv for alle. Prosjektet avsluttes med konferanse på Island i oktober 2019. Sluttrapport vil foreligge i 2020.

Som oppfølging av det svenske formannskapet i 2018 er et treårig prosjekt, Vård på distans, igangsatt. Prosjektet identifiserer felles nordiske utfordringer, og skal legge til rette for tekniske løsninger og utveksling av e-resepter i Norden i løpet av en treårsperiode.

Den nordiske e-helsegruppen har i mandatperioden 2017–2019 prioritert standardiseringsområdet. Det er publisert en rapport som viser IKT-standarder i bruk i helse- og omsorgssektorene i de nordiske land, som kan skape underlag for konsolidering innen Norden, og som vil være nyttig for både leverandører og fagorganer i de ulike landene. I tillegg har gruppen videreført arbeidet med utviklingen av e-helseindikatorer, og gruppen brukes som en viktig forankringsarena inn mot EUs prosjekter for grensekryssende pasientinformasjon, som e-resepter og pasientjournaler, som enkelte land har kommet i gang med.

De nordiske landene opplever alle utfordringer på legemiddelområdet knyttet bl.a. til finansiering av nye, dyre legemidler og til stabile leveranser av etablerte legemidler. I 2017 vedtok de nordiske ministrene et mandat for en arbeidsgruppe for informasjons- og erfaringsutveksling på legemiddelområdet. I mandatet legges det også til rette for at to eller flere land kan inngå et tettere samarbeid, for eksempel felles prisforhandlinger.

Parallelt med arbeidet i Nordisk Ministerråd ble Nordisk Lægemiddelforum opprettet i 2015. Gjennom arbeidet i Nordisk Lægemiddelforum er det skapt en god dialog mellom innkjøpsorganisasjonene i Danmark og Norge.

Norge og Danmark inngikk i september 2018 en intensjonsavtale om felles forhandlinger (eller anbud) om pris på utvalgte legemidler. Island sluttet seg til avtalen i 2019. Beslutninger om hvilke legemidler som skal tas i bruk i de respektive landene forblir nasjonale. Innkjøp forblir også et nasjonalt anliggende. Intensjonen er å starte med noen få etablerte legemidler og noen få nye. Erfaringene med samarbeidet må vurderes fortløpende, slik at alle land sikres en merverdi. De øvrige nordiske land er invitert til å inngå i avtalen.

Gjeldende avtale om et felles nordisk arbeidsmarked for visse personalgrupper i helsevesenet og veterinærer («Arjeplogavtalen») trådte i kraft i 1994. Avtalen har deretter blitt endret gjennom en endringsavtale i 1998. Endringene var av teknisk karakter og skyldtes i hovedsak endringer i lande-

nes utdanningssystemer. Siden 2010 har landene diskutert om avtalen bør oppheves fordi det finnes betydelig overlappning med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Forholdet mellom pasientsikkerhet og mobilitet har vært en viktig del av diskusjonen. Istedenfor å oppheve avtalen har ministrene valgt å gå videre med en ny revisjon av avtalen. MR-S godkjente i 2017 at det gjennomføres en ny revisjon av avtalen der nye bestemmelser om informasjonsutveksling av tilsynsinformasjon inkorporeres. Den reviderte avtalen ble undertegnet i desember 2018.

Det nordiske helseberedskapssamarbeidet er forankret i Nordisk helseberedskapsavtale fra 2002. Avtalen følges opp i regi av den såkalte Svalbardgruppen. En ny strategi for gruppen ble vedtatt av embetsmannskomiteen for helse og sosialsaker (EK-S) i september 2017. Svalbardgruppens mandat og strategi har revitalisert det tverrnasjonale aspektet av beredskap i Norden, blant annet gjennom felles nordisk avtale om behandling av alvorlige brannskader, signert på ministermøtet i 2018.

Helsesamarbeidet i nordområdene – Den nordlige dimensjon, Barents-, Arktis- og Russlandssamarbeidet

Situasjonen i våre nærrområder er viktig for folkehelsen også nasjonalt. 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 helsesamarbeidet i Barentsregionen. Norge følger også arbeidet i Arktisk råd fra helsesiden. NDPHS arbeider for å bedre helse-situasjonen i regionen ved å bekjempe smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og fremme en sunn livsstil. Det er flere ekspertgrupper under NDPHS, og Norge er representert i alle gruppene og leder samarbeidet som gjelder alkohol, narkotika og tobakk. Det er i 2019 startet opp et tverrfaglig samarbeid mellom de sju ekspertgruppene om tematikken eldre og helse. Arbeidet vil bli organisert gjennom NDPHS.

Barentssamarbeidet vektlegger særlig hiv/aids og tuberkulose, men også ikke-smittsomme sykdommer og ulike tiltak for utsatte barn og unge. I 2019 hadde Norge formannskapet i Barents helsesamarbeid (Joint Working Group on Health and Social Issues – JWGHS) sammen med den russiske republikken Komi. Formannskapet blir avsluttet med det første helseministermøtet for Barentsregionen med Norge som vertskap.

Helse er lagt som en hovedprioritering under det norske formannskapet i Barentsrådet i 2020.

Norge har en bilateral helsesamarbeidsavtale med Russland fra 1994, som følges opp gjennom norsk-russiske helsesamarbeidsprogram som utarbeides for avgrensede perioder. I programmene legges hovedføringene for helsesamarbeidet mellom de to land for den aktuelle perioden. Gjeldende samarbeidsprogram ble undertegnet i mars 2017 og gjelder ut 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter, på vegne av Utenriksdepartementet, en tilskuddsordning til faglige samarbeidsprosjekter under Barents helsesamarbeid og NDPHS. Nytteverdi for norsk og russisk side, bærekraft og egenbidrag fra prosjektpartnerne vektlegges ved utvelgelsen av hvilke prosjekter som mottar støtte.

Andre internasjonale organisasjoner og avtaler

Norge er i handelssammenheng, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), forpliktet på flere områder som angår helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester. Det har de siste årene vært en økende bevissthet rundt at internasjonale handels- og investeringsavtaler kan utfordre nasjonalstatenes rett til å regulere for å beskytte folkehelsen. Helse- og omsorgsdepartementet har som mål å ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og investeringsavtaler.

Norge deltar i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) på helse- og mattrykksområdet. En viktig prioritering for Norge er å bidra til at OECD utvikler bedre indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for norsk deltagelse i Den internasjonale vinorganisasjonen (OIV), som lager internasjonale standarder på vinområdet.

Det bilaterale helsesamarbeidet mellom Norge og Moldova ble inngått i 2014. De viktigste tiltakene under samarbeidet omhandler innføring av dagkirurgi ved sentrale sykehus, utvikling av hjemmebaserte omsorgstjenester, lokalt folkehelsearbeid og institusjonssamarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Moldovas folkehelsebyrå.

Norge har et bilateralt helsesamarbeid med Kina og undertegnet i april 2017 en ny handlingsplan under Kina-samarbeidet. Aktuelle temaer i handlingsplanen med Kina er e-helse, AMR, luftforurensing, primærhelsetjenesten, forskning og innovasjon.

Norge er en aktiv støttespiller i fredsprosessen i Colombia. Helse inngår som en komponent i oppfyllelsen av fredsavtaleverket. Norge og Colombia undertegnet i 2017 en bilateral intensjonsavtale om helsesamarbeid. Avtalen vektlegger bl.a. kunnskapsutveksling innen primærhelsetjenesten, kvalitet i helsesektoren og samarbeid på områdene alkohol og narkotikapolitikk.

I 2019 planlegges oppstarten av et institusjonelt helsesamarbeid mellom Norge og Ukraina.

Formålet er å støtte opp om reformarbeidet i Ukraina gjennom å styrke den faglige og administrative kompetansen innen folkehelse og smittevern, samt fysisk og psykisk rehabilitering.

Norge er partner og bidragsyter til European Observatory on Health Systems and Policies. Formålet er, gjennom sammenliknende studier, å gjøre kunnskap og erfaringer fra ulike helse-systemer tilgjengelig som grunnlag for politikkutforming.

11 Administrative fellesomtaler

11.1 Fornye, forenkle og forbedre

Sykehus

Det har siden 2015 vært gitt årlige oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i sykehusene. Oppdragene har vært særlig rettet mot å etablere indikatorer og metodikk som avdekker uønsket variasjon, samt å tilgjengeliggjøre denne informasjonen slik at den kan brukes til forbedringsarbeid på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Helseregionene har opprettet Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), som inkluderer representanter fra alle regionale helseforetak, samt Helsedirektoratet. Arbeidet er videreført i 2019.

De regionale helseforetakene har tidligere fått i oppdrag å etablere KPP (kostnader på pasientnivå) som kvalitets- og styringsverktøy i alle helseforetak. Alle helseregionene har lagt fram framdriftsplaner for hvordan KPP skal brukes for å understøtte forbedrings- og planarbeid, både på regionalt nivå og i hvert enkelt helseforetak. Videre har de regionale helseforetakene, i samarbeid med Helsedirektoratet, pilotert KPP for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I 2019 skal det for første gang rapporteres KPP-data for disse områdene.

E-helse

Det arbeides med å etablere en nasjonal tjenesteleverandør på e-helseområdet. Oppgaver knyttet til de nasjonale e-helseløsningene helsenorge.no, kjernejournal, e-resept, grunndata og helseID skal overføres til Norsk Helsenett SF. Tiltaket vil rendyrke og tydeliggjøre Direktoratet for e-helses rolle som premissgiver og pådriver, og Norsk Helsenett SFs rolle som tjenesteleverandør på e-helseområdet.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider i tillegg med en ny finansieringsmodell for samfinansiering av de nasjonale e-helseløsningene. Målet er at kommuner og regionale helseforetak i større grad skal bidra til å dekke kostnader knyttet til

løsningene. Modellen vil bidra til å opprettholde forsvarlig forvaltning, drift og vedlikehold av de nasjonale e-helseløsningene. Regjeringen vil etablere et teknisk beregningsutvalg for å sikre legitimitet til tallgrunnlaget gjennom transparens i beregning av kostnader, hensiktsmessig fordeling mellom aktørene og effektiv ressursbruk.

Direktoratet for e-helse har fått mandat til å gjennomføre et forprosjekt for en helhetlig samhandlingsløsning og en felles kommunal journal utenfor Midt-Norge. Tiltaket skal gi bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og løse behov knyttet til dokumentasjon og ytelse av helsehjelp i kommunene og hos fastlegen. En ny løsning vil bidra til å nå overordnede mål om økt pasientsikkerhet og en mer helhetlig og koordinert helsetjeneste.

Norsk helsearkiv er etablert på Tynset og skal fungere som et landsdekkende arkiv for sykehussektoren. Både offentlige og private virksomheter har avleveringsplikt. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Regjeringen vil tilrettelegge for å styrke kommunenes innovasjonsevne og bærekraft, og evne til å ta i bruk nye løsninger og arbeidsmetoder. Regjeringen vil legge til rette for bruk av teknologi og digitalisering, og anser det å være en forutsetning. Regjeringen vil styrke effektiviteten gjennom økt kompetanse, faglig omstilling, sterkere kommunal ledelse og bedre planlegging. Satsingen på hjemmetjenester og hverdagsrehabilitering, Kompetanseløft 2020, trygghetsteknologi og medisinsk avstandsoppfølging og etablering av flerfaglige team er sentrale tiltak som bidrar til faglig omstilling og mer effektiv utnyttelse av ressursene. Regjeringen har iverksatt Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, som løfter fram 25 nye løsninger på grunnlag av eksempler fra kommunene, blant annet med tiltak som skal gi bedre sammenheng og kontinuitet i tjenestene.

11.2 Oppfølging av likestillings- og diskrimineringslovens krav om å gjøre rede for likestilling

Likestillings- og diskrimineringslovens formål er å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person. Dette gjelder på alle samfunnsområder herunder helsesektorens virkeområde. Lovens kapittel 4 gjelder offentlige myndigheters plikt til aktivt likestillingsarbeid. Offentlige myndigheter skal arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å oppfylle lovens formål.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for at alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. I arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste er det viktig å være bevisst på hvordan forhold som kjønn, etnisitet, funksjonsevne mv. kan påvirke pasientens behov. For eksempel kan en større bevissthet på kvinner og menns ulike behov og utvikling av kjønns spesifikk behandling der dette er relevant, bidra til økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

Kjønns perspektivet innen helse har vært satt tydelig på dagsorden siden Kvinnehelsestrategien ble publisert i 2003. Det er nødvendig å ha kontinuerlig oppmerksomhet på dette for å sikre nødvendig implementering og integrering av kjønns perspektivet i helsesektoren. En av utfordringene er å få ny kunnskap om kvinner og menns særlige behov omsatt i den praktiske tjenestetilførselen. Det er også viktig at helsepersonell har kunnskap om andre forskjellsskapende dimensjoner, slik som funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet, alder og etnisitet. Kompetanse og bevissthet om hvordan ulike grupper i befolkningen kan møtes og tilbys gode og tilgjengelige tjenester er viktig for å sikre individuelt tilpasset og likeverdig hjelp.

De fire lederne i regjeringspartiene fremmet 8. mars 2019 «seks punkter for bedre kvinnehelse». Punktene omfattet forskning om kvinnesykdommer, kreftsykdommer som rammer kvinner, bedre reproduktiv helse, pårørendestrategi, internasjonal kvinnehelse og pakkeforløp for sykdommer som rammer kvinner i større grad enn menn. Initiativet fra 8. mars er blant annet fulgt opp med etablering av forskningssenter for kvinnesykdommer. Høsten 2019 avholder statsministeren et toppmøte hvor pasientrepresentanter, forskere og andre fagpersoner vil diskutere tiltak for bedre kvinnehelse.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer en strategisk satsing om forskning på kvinners helse og kjønns perspektiver gjennom Forskningsrådet på rundt 10,5 mill. kroner per år. I tillegg inngår tematikken som en del av den ordinære helseforskningsprogramaktiviteten som finansieres gjennom Norges forskningsråd. Videre finansierer Helse- og omsorgsdepartementet den nasjonale kompetansetjenesten for kvinnehelse som skal bidra til forskning og kompetansespredning om kvinners helse. Det foreslås å utvikle Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse fra 2020 og opprette Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst RHF. Se omtale under kap. 732, post 78 og kap. 780, post 50.

Som en del av oppfølgingen av Likestillingsmeldingen (2015–2016) har Helsedirektoratet fått i oppdrag å sikre at kjønns spesifisitet inngår i alle faglige retningslinjer og veiledning der dette er relevant.

Andelen kvinnelige fastleger har økt betydelig de senere årene. Mens 28,8 pst. av fastlegene i 2001 var kvinner, var andelen kvinnelige fastleger 43,9 pst. ved utgangen av andre kvartal 2019. Helse- og omsorgsdepartementet har, etter forslag fra Norges sykepleierforbund, lagt til rette for å erstatte tittelen «helsesøster» med det kjønnsnøytrale «helsesykepleier». En kjønnsnøytral tittel kan motivere flere mannlige sykepleiere til å ta denne videreutdanningen og det kan igjen føre til at flere gutter vil oppsøke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nødvendige regelverksendringer er trådt i kraft.

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Menn i helse har formål å bidra til rekruttering av flere menn til omsorgstjenestene. Menn i helse inngår i Kompetanseløft 2020. Programmet er basert på en modell utviklet av Trondheim kommune. KS har ansvar for prosjektledelsen og modellen baserer seg på et samarbeid med deltakende kommuner og Nav lokalt. Gjennom programmet rekrutteres blant annet menn uten tidligere erfaring fra sektoren via Nav til arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Etter en praksisperiode gis det anledning til å ta voksenopplæring i helsearbeiderfaget. I 2018 har det vært deltakere fra 69 kommuner, mot 40 fra året før. Til sammen er det siden oppstart i 2014 og ut 2018 oppnådd 226 fagbrev i helsefag. 92 pst. av de som har tatt fagbrev gjennom Menn i helse, har fått arbeid.

Spredningen av modellen avhenger av tett oppfølging lokalt og godt samarbeid mellom de deltakende aktørene. Prosjektet har ifølge Helsedirektoratet gitt kjønns perspektivet stor oppmerksomhet og antas å bidra til økningen i andelen

menn i omsorgssektoren. Det nasjonale prosjektet ble evaluert i 2018. Evalueringen viser at prosjektet erfarer som nyttig for å øke andelen menn i omsorgssektoren, men også som et kvalifiseringstiltak. Det fremheves i prosjektet at det er av stor betydning med tverrsektorielt samarbeid mellom helse, utdanning og arbeids- og velferdssektoren. Et slikt samarbeid kan bidra til å løse både sektorvise utfordringer som ressursbehovet i helsesektoren og samfunnsmessige utfordringer som arbeidsledighet og utenforskap. Statistikk fra SSB viser at andel årsverk utført av menn i omsorgstjenester økte fra 10 pst. i 2007 til nærmere 15 pst. i 2018. Se kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Regjeringen jobber langs flere spor for å sikre likestilling mellom kvinner og menn i helsesektoren. Innen spesialisthelsetjenesten er det særlig to tema helseministeren er opptatt av: andelen kvinnelige toppledere i helsetjenesten og å utvikle en heltidskultur. Helseministeren har stilt krav til de regionale helseforetakene om å bidra i arbeidet med å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. Videre har helseministeren stilt krav om å fortsette arbeidet med å etablere heltidskultur i sykehusene og redusere bruken av deltid.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner styrer for de regionale helseforetakene. Styrene oppfyller lovens krav til minimum 40 pst. representasjon av begge kjønn, og per 2019 er to av fire styreledere kvinner. Spesialisthelsetjenesten er en sektor med høy kvinneandel og bør ha et særlig ansvar for å bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere.

I sykehusene er åtte av ti ansatte kvinner, mens kun fire av ti er toppledere. Helseministeren har uttrykt at dette er en oppsiktsvekkende underrepresentasjon og stilte tydelige krav til de regionale helseforetakene i foretaks møtet i januar 2016 om at de må bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. Styret og toppledelsen i sykehusene må tydelig engasjere seg i dette spørsmålet. Et av tiltakene for å øke andelen kvinnelige toppledere er økt andel kvinnelige deltakere i det årlige nasjonale topplederprogrammet for helseforetakene. Andre tiltak er ledertalentprogrammet og helseregionenes foretaksinterne lederutviklingstiltak, hvor en av målsetningene er å øke andelen kvinnelige deltakere. De regionale helseforetakene har rapportert til departementet at de arbeider aktivt med å øke andelen kvinnelige toppledere i sykehusene. De rapporterer også om en liten økning i andelen toppledere i sykehusene, og økt andel kvinnelige

deltakere i det nasjonale topplederprogrammet for helseforetakene.

Regjeringen er opptatt av å utvikle en heltidskultur i helsetjenesten og derigjennom redusere bruken av deltid. Det er i foretaks møte med de regionale helseforetakene stilt krav om at arbeidet med utviklingen av en heltidskultur videreføres, og at flest mulig medarbeidere tilsettes i faste hele stillinger. Flest mulig medarbeidere i faste hele stillinger er en viktig forutsetning for å lykkes med å utvikle pasientens helsetjeneste. En heltidskultur er også kvalitetsfremmende og vil sikre god kontinuitet i pasientoppfølgingen i sykehusene og kommunene. Mer enn 70 pst. av medarbeiderne i sykehusene er kvinner. I kommunale helse- og omsorgstjenester er kvinneandelen over 85 pst. Både helseforetakene og kommunene må derfor ha strategier for å rekruttere bedre fra begge kjønn.

Å etablere en heltidskultur er et langsiktig arbeid som vil medvirke til å øke kvinners stillingsprosent i helseforetakene. Dette er viktig i et likestillingsperspektiv og understøtter også kvalitetsperspektivet i spesialisthelsetjenesten. Bruken av deltid for fast ansatte i sykehusene er fra januar 2013 til januar 2019 redusert i alle helseregionene. Reduksjonen varierer fra 9,2 pst. til 18,6 pst. for de fire helseregionene. Samtidig har andelen medarbeidere som har fått høyere stillingsprosent også økt. I samme periode har gjennomsnittlig stillingsprosent for fast ansatte i alle helseregionene økt med mellom 0,6 og 3,5 pst. Selv om gjennomsnittlig stillingsprosent ligger på om lag 90 pst. i alle helseregioner, er det fortsatt et mål å øke andel heltidsstillinger. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene jobber to av tre ansatte deltid.

Det har hatt stor betydning at flere sykehus tilbyr faste, hele stillinger ved at de ansatte er tilknyttet jobber ved ulike avdelinger som til sammen gir 100 pst. stilling. Faste hele stillinger er viktig for å rekruttere kompetente medarbeidere, beholde kvalifisert arbeidskraft og samtidig bidra til å ivareta arbeidsmiljøet og redusere sykefravær. Faste hele stillinger bidrar også til økt kvalitet og kontinuitet i tjenesten. Det er økt bevissthet og kunnskap i hele organisasjonen omkring denne utfordringen og det arbeides systematisk for å utvikle nye og fleksible løsninger slik at medarbeidere kan arbeide ved ulike avdelinger, og at deler av stillingen er knyttet til sykehusenes egne bemanningscentre o.l. Ledere og tillitsvalgte i sykehusene har samarbeidet om å finne løsninger som gjør at flest mulig kan få hele stillinger. Det innebærer også å tilrettelegge for de som av ulike årsaker har krav eller behov for redusert arbeidstid.

Likestillingsrapport

Tabell 11.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2018 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	4/6
Avd.direktør mv.	16/11
Fagdirektør	9/8
Underdirektør	9/2
Spesialrådgiver	8/12
Seniorrådgiver	73/30
Rådgiver	20/4
Seniorkonsulent	3/2
Førstekonsulent	6/0
Totalt	148/75

Statistikken bygger på personaladministrative data. I 2018 var 66,4 pst. av de ansatte kvinner og 33,6 pst. var menn. Av ekspedisjonssjefer/departementsråd er 40 pst. kvinner. Av avdelingsdirektører er 59,3 pst. kvinner.

Tabell 11.2 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	4,8 pst.
Menn	2,4 pst.
Alle	4,2 pst.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde i 2018 et gjennomsnittlig fravær som følge av sykdom på 4,2 pst., som er en liten økning fra foregående år.

Direktoratet for e-helse

Ved utgangen av 2018 utgjorde andelen ansatte 60 pst. kvinner og 40 pst. menn. Direktoratet for e-helse er bevisst på å ha samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. I direktørens ledergruppe var det tre kvinner og to menn. Kvinneandelen i direktoratets lederstillinger totalt sett utgjør 59 pst. Et mål er å ha flest mulig ansatte i heltidsstillinger og direktoratet har ved utgangen av 2018 fem ansatt i deltidsstilling av totalt 327 ansatte. I alle stillingskategoriene med unntak av

seksjonssjefstilling er kvinner noe lavere lønnet enn menn.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) hadde ved inngangen til 2019 en kvinneandel på 55,7 pst. Ledergruppen består nå av tre kvinner og to menn. På seksjonssjefsnivået er det seks kvinner og to menn. I gjennomsnitt tjener kvinner 0,5 pst. mindre enn menn. Det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori. Andelen av midlertidig tilsetting i DSA er liten, dette gjelder for både kvinner og menn. Det er ingen større forskjell i bruken av deltidsstilling eller i uttaket av foreldrepermisjon. Sykefraværet er i snitt rett i overkant av fire pst. og uendret over tid.

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet har samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. Det har ikke vært vesentlige endringer i andelen kvinner/menn i instituttet fra 2018 til 2019. 66 pst. av de ansatte er kvinner. Kvinneandelen i lederstillinger er 62 pst. Instituttet har en kvinneandel på 67 pst. i senior fagstillinger (forsker 1110 og 1183, overleger og seniorrådgivere). Andelen kvinner har økt både i senior fagstillinger og blant stipendiater og postdoktorer i perioden fram til 2017, og vært uforandret fram til 2018. Fra 2018 til 2019 har andelen av kvinnelige stipendiater og postdoktorer sunket fra 75 pst. til 68 pst. Instituttet er opptatt av at kvinner og menn får like muligheter for meritterende oppgaver.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet hadde ved utgangen av 2018 en kvinneandel på 68 pst. Dette er ett prosentpoeng lavere enn i 2017. Kjønnfordelingen i lederstillinger var 54 pst. kvinner og 46 pst. menn. De lokale partene har hatt oppmerksomhet på lønnsmessig likestilling mellom kjønnene de siste årene, og det er ikke lenger store gjennomgående forskjeller i lønn mellom kvinner og menn i direktoratet. Den høyeste kvinneandelen er i lønnsgruppene saksbehandlere, kontorstillinger og rådgivere.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Kjønnfordelingen i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) var ved utgangen av 2018 på 75 pst. kvinner (mot 76 pst. i 2017). I

ledergruppen var det ved utgangen av 2018 82 pst. kvinner (ni) og 18 pst. menn (to). Det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Helseklage. Det er ikke store lønnsforskjeller mellom kjønnene på sammenliknbare funksjoner og nivåer. Helseklages personalretningslinjer sikrer at begge kjønn har like lønns- og arbeidsvilkår og samme mulighet for karriereutvikling.

Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) hadde ved utgangen av 2018 totalt en kvinneandel på 73 pst. mot 71 pst. i 2017. Andelen kvinner i lederstillinger er 76 pst. Kjønnfordelingen speiler det faktum at det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Norsk pasientskadeerstatning. Gjennom ulike personalpolitiske virkemidler legger NPE til rette for medarbeidere i ulike livsfaser og personer med nedsatt arbeids-evne eller med funksjonshemming. Tilsvarende gir NPEs lokale lønnspolitikk føringer som motvirker lønnsforskjeller mellom kjønnene og som gir like muligheter for karriereutvikling. Av den totale lønnsmassen går 71 pst. til kvinner, det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i sammen stillingskategori.

Statens helsetilsyn

Helsetilsynet hadde ved utgangen av 2018 en kvinneandel på 66 pst. I stillingsgruppen ledere (avdelingsdirektør, underdirektør og fagsjef) er 63 pst. kvinner. Dette ligger godt innenfor Hovedavtalens mål om 40 pst. kvinner i lederstillinger innenfor definert lederstillingsgruppe. Menn er i gjennomsnitt lønnet høyere enn kvinner. Det har skjedd en lønnsutjevning mellom kvinner og menn i løpet av det siste året. Statens helsetilsyn har en relativt stor andel ansatte over 62 år og i 2018 utgjorde denne aldersgruppen om lag 20 pst. av de ansatte. Statens helsetilsyn legger til rette for eldre arbeidstakere ved bl.a. mulighet for fleksible arbeidsformer.

Statens legemiddelverk

Legemiddelverket har flere kvinnelige tilsatte enn menn, noe som gjenspeiler kvinneandelen blant studentene fra de utdanningsfelt og fagfelt Legemiddelverket normalt rekrutterer fra. Kvinnelige ansatte utgjør 76,3 pst. av arbeidsstokken, og toppledergruppen består av tre kvinner og to menn. Mellomledergruppen har 16 kvinner og tre menn. En gjennomgang av de mest brukte stil-

lingskoder (rådgiver og seniorrådgiver) viser svært små forskjeller i gjennomsnittslønn mellom kjønn. Legemiddelverket har kontinuerlig fokus på arbeidet med sin livsfasepolitikk.

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) var i 2018 en nystartet virksomhet. Etter gjennomføring av oppbemanningen, har Ukom 19 ansatte. Kvinneandelen totalt er på 63 pst., mens andelen kvinner i ledende stillinger er 71 pst. For de ulike medarbeidernivåene, er det ingen tydelige forskjeller i lønn med bakgrunn i kjønn. Forskjeller i lønn skriver seg fra utdanningsnivå og erfaring.

11.3 Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF mottok i 2018 lønn på 2 305 847 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 4 835 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 339 556 kroner. Administrerende direktør skal ha pensjonsvilkår på lik linje med andre ansattes vilkår i foretaket, og har ordinære pensjonsvilkår via Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH). Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn. Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppebåret i perioden. Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret/administrerende direktør av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må avslutte sitt ansettelsesforhold og fratse sin stilling umiddelbart.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF mottok i 2018 lønn på 2 411 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 21 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 614 000 kroner. Administrerende direktør har, i tillegg til ordinær ytelsespensjon i KLP, en avtale om pensjon utover 12G. Avtalen var inngått før det kom pålegg om ikke å inngå slike avtaler. Det er ikke inngått avtale om sluttvederlag eller liknende for administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF mottok i 2018 lønn på 1 971 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 119 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 365 000 kroner. Administrerende direktør

tør har offentlig tjenstepensjon på lik linje med andre ansattes vilkår, det vil si gjennom ordinær ordning i KLP. Det er ikke anledning til å inngå avtale om pensjon utover ordinære vilkår gjennom KLP. Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal ikke overstige 12 måneder.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF mottok i 2018 lønn på 2 050 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 160 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 165 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Administrerende direktør har ikke avtale om etterlønn.

Administrerende direktør i Norsk Helsenett SF mottok i 2018 lønn på 1 786 496 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 15 020 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 313 026 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. I ansettelsesavtale med administrerende direktør er det avtalt rett til ni måneders etterlønn ut over oppsigelsestiden dersom styret anmoder administrerende

direktør om å si opp sin stilling, eller administrerende direktør i samråd med styrets leder/styret velger å si opp sin stilling uten at det foreligger saklig grunn til oppsigelse eller avskjed. Dersom administrerende direktør i perioden for sluttvederlag, men etter utløpet av ordinær oppsigelsestid har andre inntekter, skal sluttvederlaget reduseres tilsvarende krone for krone. Administrerende direktør har rett til å gå over i ny stilling i Norsk Helsenett SF fra og med han fyller 62 år og fram til han fyller 65 år. I ny stilling har administrerende direktør rett til å beholde 80 pst. av eksisterende lønn og betingelser som gjelder på det tidspunktet han går av som administrerende direktør.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet mottok i 2018 lønn på 2 448 000 kroner, mens andre godtgjørelser beløp seg til på 204 000 kroner. AS Vinmonopolet innførte i 2007 en lederpensjonsordning som finansieres over drift. I 2018 var pensjonskostnadene til administrerende direktør på 207 000 kroner. Administrerende direktør hadde en etterlønnsavtale på 12 måneder.

12 Sektorovergripende klima og miljøpolitikk

Hesledirektoratet og Folkehelseinstituttet, samt fylkesmennene, er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåking av miljøforurensning. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) ivaretar direktoratsoppgaver for Klima- og miljødepartementet innenfor området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. DSA har videre ansvar for faglig utredningsarbeid, tilsyn med radioaktiv forurensning og for å koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljø, samt internasjonale oppgaver.

Mattilsynet arbeider for en miljøvennlig produksjon av trygge næringsmidler og trygt drikkevann. For å få størst mulig samfunnsmessig verdiskapning ut av begrensede ressurser er det vesentlig å legge vekt på kvalitet, plante- og dyrehelse samt hensynet til miljøet.

Miljøarbeid i spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter statens eierskap av de regionale helseforetakene. Departementet har i sitt styringsbudskap til de regionale helseforetakene bedt om at spesialisthelsetjenesten foretar en helhetlig tilnærming til klima- og miljøutfordringene. Miljøarbeidet i spesialisthelsetjenesten koordineres gjennom et samarbeidsutvalg mellom de fire helseregionene. Alle de regionale helseforetakene er representert med et medlem i samarbeidsutvalget. I tillegg har Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF, samt vernetjenesten og tillitsvalgte en representant hver. De fire regionene har også hver sin miljøfaggruppe hvor alle helseforetak er representert.

Rapport for 2018

For 2018 er det for første gang utarbeidet en felles årsrapport for samfunnsansvar i spesialisthelsetjenesten, «Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2018». Rapporten omhandler

klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon. Rapporten er utarbeidet av interregionalt samarbeidsutvalg for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten og omfatter helseforetakene i de fire regionene samt de felleseide selskapene (Sykehusbygg HF, Sykehusinnkjøp HF, Luftambulansetjenesten HF, Nasjonal IKT HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF og Pasientreiser HF).

I 2018 er alle helseforetak i landet miljøsertifisert i henhold til NS-EN ISO 14001. Det innebærer at en samlet spesialisthelsetjeneste arbeider systematisk med å forbedre egen miljøprestasjon. Gjennom rapporten for samfunnsansvar er det første gang det fremstilles et felles klimaregnskap for helseforetakene i landet. Klimaregnskapet bidrar til å sette søkelyset på å redusere forbruk av ressurser.

Plan for videre arbeid

I foretaksmøtet i januar 2019 ble de regionale helseforetakene bedt om, i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF, å legge økt vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter. Det er viktig at helseforetakene, som en betydelig samfunnsaktør, er ledende i arbeidet med å redusere miljøbelastninger gjennom miljøvennlige og fremtidsrettede bygg og innkjøp.

I foretaksmøtet i januar 2019 ble det også vist til forskrift om forbud mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger gjeldende fra 1. januar 2020, som ble vedtatt 28. juni 2018. Her er sykehusbygninger med døgnkontinuerlig pasientbehandling unntatt frem til 1. januar 2025. For øvrige bygninger i spesialisthelsetjenesten gjelder forbudet fra 1. januar 2020, med mindre en søker og får innvilget unntak dersom særlige grunner foreligger. De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtet bedt om å planlegge for utfasing av oljefyring slik at spesialisthelsetjenesten overholder forbudet.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2019–2020) om statsbudsjettet for år 2020 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et framlagt forslag.

Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2019–2020) statsbudsjettet for budsjettåret 2020 opp følgende forslag til vedtak:

Kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3701–3748, 5572 og 5631

I

Utgifter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	240 179 000	240 179 000
701	E-helse, helseregistre mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	486 537 000	
	70 Norsk Helsenet SF	152 297 000	
	71 Medisinske kvalitetsregistre	38 666 000	
	72 Nasjonale e-helseløsninger	490 900 000	1 168 400 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	25 426 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	4 002 000	29 428 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	5 926 000	
	71 Internasjonale organisasjoner	53 017 000	58 943 000
704	Helsearkivet		
	01 Driftsutgifter	64 590 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	8 542 000	73 132 000
708	Eldreombud		
	01 Driftsutgifter	7 000 000	7 000 000
709	Pasient- og brukerombud		
	01 Driftsutgifter	73 326 000	73 326 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		1 650 408 000
Folkehelse mv.			
710	Vaksiner mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	303 925 000	303 925 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
712	Bioteknologirådet		
	01 Driftsutgifter	14 944 000	14 944 000
714	Folkehelse		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	142 324 000	
	60 Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	94 813 000	
	70 Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	133 966 000	
	74 Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	20 565 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	65 146 000	456 814 000
717	Legemiddeltiltak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 775 000	
	70 Tilskudd	60 020 000	71 795 000
	Sum Folkehelse mv.		847 478 000
	Spesialisthelsetjenester		
732	Regionale helseforetak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 401 000	
	70 Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	945 110 000	
	71 Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	566 434 000	
	72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	56 113 159 000	
	73 Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	19 588 777 000	
	74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	14 916 217 000	
	75 Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	13 261 484 000	
	76 Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	39 960 745 000	
	77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	3 145 547 000	
	78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 234 392 000	
	80 Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	7 378 243 000	
	81 Protonsenter, <i>kan overføres</i>	26 032 000	
	82 Investeringslån, <i>kan overføres</i>	5 782 762 000	
	83 Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	186 000 000	
	86 Driftskreditter	4 459 000 000	167 583 303 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
733	Habilitering og rehabilitering		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	12 755 000	
	70 Behandlingsreiser til utlandet	134 432 000	
	72 Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	1 245 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 340 000	151 772 000
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01 Driftsutgifter	72 707 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	57 335 000	
	70 Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	2 873 000	
	71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	89 841 000	
	72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	13 138 000	235 894 000
737	Historiske pensjonskostnader		
	70 Tilskudd, <i>overslagsbevilgning</i>	94 944 000	94 944 000
	Sum Spesialisthelsetjenester		168 065 913 000
	Sentral helseforvaltning		
740	Helsedirektoratet		
	01 Driftsutgifter	1 222 348 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	27 441 000	
	60 Gjesteinnyggeroppgjør for fastleger	84 529 000	
	70 Helsetjenester i annet EØS-land	66 915 000	1 401 233 000
741	Norsk pasientskadeerstatning		
	01 Driftsutgifter	218 255 000	
	70 Advokatutgifter	47 285 000	
	71 Særskilte tilskudd	20 634 000	286 174 000
742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	01 Driftsutgifter	149 132 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	15 755 000	164 887 000
744	Direktoratet for e-helse		
	01 Driftsutgifter	177 280 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	148 913 000	326 193 000
745	Folkehelseinstituttet		
	01 Driftsutgifter	1 065 075 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	145 287 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	12 789 000	1 223 151 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
746	Statens legemiddelverk		
	01 Driftsutgifter	308 275 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	30 805 000	339 080 000
747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	01 Driftsutgifter	110 648 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	13 127 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 606 000	128 381 000
748	Statens helsetilsyn		
	01 Driftsutgifter	161 466 000	161 466 000
749	Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten		
	01 Driftsutgifter	40 092 000	40 092 000
	Sum Sentral helseforvaltning		4 070 657 000
	Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761	Omsorgstjeneste		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	192 152 000	
	60 Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	10 449 000	
	61 Vertskommuner	940 311 000	
	63 Investeringstilskudd – rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	4 035 632 000	
	64 Kompensasjon for renter og avdrag	866 000 000	
	65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	1 518 382 000	
	67 Utviklingstiltak	66 602 000	
	68 Kompetanse og innovasjon	400 857 000	
	69 Investeringstilskudd – netto tilvekst, <i>kan overføres</i>	403 300 000	
	71 Frivillig arbeid mv.	17 969 000	
	72 Landsbystiftelsen	83 181 000	
	73 Særlige omsorgsbehov	55 829 000	
	75 Andre kompetansetiltak	10 942 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	119 632 000	8 721 238 000
762	Primærhelsetjeneste		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	121 061 000	
	60 Forebyggende helsetjenester	453 458 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	61	Fengselshelsetjeneste	181 184 000	
	63	Allmennlegetjenester	322 781 000	
	64	Opptappingsplan habilitering og rehabilitering	4 018 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	45 040 000	
	73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	58 119 000	
	74	Stiftelsen Amatheia	25 228 000	1 210 889 000
765		Psykisk helse, rus og vold		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	129 598 000	
	60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	238 690 000	
	62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	492 460 000	
	71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	168 797 000	
	72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	412 935 000	
	73	Utviklingstiltak mv.	160 503 000	
	74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	308 898 000	
	75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	215 145 000	2 127 026 000
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	14 894 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	1 601 000	16 495 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		12 075 648 000
		Tannhelse		
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	34 912 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	307 346 000	342 258 000
		Sum Tannhelse		342 258 000
		Kunnskap og kompetanse		
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	252 167 000	252 167 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	52 978 000	
	79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	75 544 000	128 522 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	125 686 000	
	61	Tilskudd til kommuner	132 508 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	25 745 000	283 939 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		664 628 000
		Spesialisthelsetjenester mv.		
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	2 276 700 000	
	71	Psykologhjelp	336 100 000	
	72	Tannbehandling	2 200 500 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitut	1 147 500 000	5 960 800 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.		5 960 800 000
		Legehjelp, legemidler mv.		
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	10 332 000 000	
	71	Legeerklæringer	8 000 000	
	72	Medisinsk forbruksmateriell	2 110 000 000	12 450 000 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Egenandelstak 1	5 451 274 000	
	71	Egenandelstak 2	1 039 600 000	6 490 874 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.		
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	454 000 000	
	70	Allmennlegehjelp	5 434 911 000	
	71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 238 200 000	
	72	Jordmorhjelp	70 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	199 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	192 000 000	7 588 111 000
2756		Andre helsetjenester		
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	17 000 000	
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	405 000 000	
	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	245 000 000	667 000 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.		27 195 985 000
		Andre helsetiltak		
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag	247 000 000	247 000 000
		Sum Andre helsetiltak		247 000 000
		Sum departementets utgifter		221 120 775 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Diverse inntekter			
3701	E-helse, helseregistre mv.		
	02 Diverse inntekter	128 618 000	128 618 000
3704	Helsearkivet		
	02 Diverse inntekter	3 000 000	3 000 000
3710	Vaksiner mv.		
	03 Vaksinesalg	95 585 000	95 585 000
3714	Folkehelse		
	04 Gebyrinntekter	2 477 000	2 477 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	264 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	580 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	632 000 000	1 476 000 000
3740	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	20 107 000	
	03 Helsetjenester i annet EØS-land	65 282 000	
	04 Gebyrinntekter	47 390 000	
	05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	78 653 000	
	06 Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	84 529 000	295 961 000
3741	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	6 779 000	
	50 Premie fra private	17 713 000	24 492 000
3742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	50 Premie fra private	2 406 000	2 406 000
3745	Folkehelseinstituttet		
	02 Diverse inntekter	189 747 000	189 747 000
3746	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	30 805 000	
	04 Registreringsgebyr	76 917 000	107 722 000
3747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	02 Diverse inntekter	17 463 000	
	04 Gebyrinntekter	14 966 000	32 429 000
3748	Statens helsetilsyn		
	02 Diverse inntekter	1 600 000	1 600 000
	Sum Diverse inntekter		2 360 037 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Skatter og avgifter			
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70 Legemiddeldetaljistavgift	62 685 000	
	72 Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 700 000	
	73 Legemiddelleverandøravgift	211 000 000	
	74 Tilsynsavgift	3 770 000	
	75 Sektoravgift tobakk	15 000 000	298 155 000
	Sum Skatter og avgifter		298 155 000
Renter og utbytte mv.			
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85 Statens overskuddsandel	66 100 000	
	86 Utbytte	2 000	66 102 000
	Sum Renter og utbytte mv.		66 102 000
	Sum departementets inntekter		2 724 294 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 701 post 21	kap. 3701 post 02
kap. 703 post 21	kap. 3703 post 02
kap. 704 post 21	kap. 3704 post 02
kap. 710 post 21	kap. 3710 post 03
kap. 714 post 21	kap. 3714 post 04
kap. 740 postene 01 og 21	kap. 3740 postene 02 og 04
kap. 740 post 01	kap. 5572 post 75
kap. 740 post 70	kap. 3740 post 03
kap. 740 post 60	kap. 3740 post 06
kap. 741 post 01	kap. 3741 postene 02 og 50
kap. 742 post 01	kap. 3742 post 50
kap. 745 post 01	kap. 3710 post 03
kap. 745 postene 01 og 21	kap. 3745 post 02
kap. 745 post 01	kap. 3740 post 04
kap. 746 postene 01 og 21	kap. 3746 post 02
kap. 747 postene 01 og 21	kap. 3747 postene 02 og 04
kap. 748 post 01	kap. 3748 post 02

Merinntekt som gir grunnlag for overskridelse, skal også dekke merverdiavgift knyttet til overskridelsen, og berører derfor også kap. 1633, post 01 for de statlige forvaltningsorganene som inngår i nettordningen for merverdiavgift.

Merinntekter og eventuelle mindreinntekter tas med i beregningen av overføring av ubrukt bevilgning til neste år.

Fullmakter til å pådra staten forpliktelser utover gitte bevilgninger

III

Bestillingsfullmakt

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 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		Vaksiner mv.	
	21	Spesielle driftsutgifter	580 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 kan gi tilsagn om tilskudd 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	
	63	Investeringsstilskudd – rehabilitering	6 624,3 mill. kroner
	69	Investeringsstilskudd – netto tilvekst	3 379,7 mill. kroner
	79	Andre tilskudd	1,0 mill. kroner

Andre fullmakter

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2020:

1. aktiverer investeringslån og driftskreditrammen til regionale helseforetak i statens kapitalregnskap.
2. i tilknytning til oppgjørsordningene for h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg kan

føre utgifter og inntekter uten bevilgning over kap. 740 Helsedirektoratet, hhv. post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler og post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg. Netto mellomregning med helseforetakene føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

Andre vedtak

VI

Oppheving av anmodningsvedtak

Vedtakene nr. 437.2, 12. januar 2016 og nr. 34, 20. november 2018 oppheves.

=====

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

www.publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: 07 Media AS – 10/2019

