



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2022–2023)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2023

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2022–2023)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2023

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

Innhold

Del I	Innledende del	9	Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning	152
1	Helse- og omsorgspolitikken ...	11	Kap. 3741 Norsk pasientskadeerstatning	154
2	Profilen i budsjettforslaget	21	Kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	155
3	Oppfølging av anmodnings- og utredningsvedtak	29	Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	158
Del II	Budsjettomtaler	55	Kap. 744 Direktoratet for e-helse	158
4	Nærmere omtale av bevilgningsforslag mv.	57	Kap. 745 Folkehelseinstituttet	163
Programområde 10 Helse- og omsorg ...		57	Kap. 3745 Folkehelseinstituttet	172
<i>Programkategori 10.00</i>			Kap. 746 Statens legemiddelverk	173
<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i>		57	Kap. 3746 Statens legemiddelverk	177
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet		58	Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	178
Kap. 701 E-helse, helseregistre mv.		59	Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	183
Kap. 3701 E-helse, helseregistre mv.		66	Kap. 748 Statens helsetilsyn	183
Kap. 702 Beredskap		66	Kap. 3748 Statens helsetilsyn	189
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid		73	Kap. 749 Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten ...	190
Kap. 704 Norsk helsearkiv		75	<i>Programkategori 10.60</i>	192
Kap. 3704 Norsk helsearkiv		77	Kap. 761 Omsorgstjeneste	194
Kap. 708 Eldreombudet		77	Kap. 762 Primærhelsetjeneste	221
Kap. 709 Pasient- og brukerombud		78	Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold	243
<i>Programkategori 10.10 Folkehelse mv.</i>		79	Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.	277
Kap. 710 Vaksiner mv.		80	<i>Programkategori 10.70 Tannhelse</i>	279
Kap. 3710 Vaksiner mv.		82	Kap. 770 Tannhelsetjenester	284
Kap. 712 Bioteknologirådet		82	<i>Programkategori 10.80</i>	
Kap. 714 Folkehelse		83	<i>Kunnskap og kompetanse</i>	289
Kap. 3714 Folkehelse		93	Kap. 780 Forskning	290
Kap. 717 Legemiddeltiltak		93	Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.	296
Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		96	Kap. 783 Personell	299
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet		97	Programområde 30	
<i>Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenesten</i>		99	Helsetjenester, folketrygden	302
Kap. 732 Regionale helseforetak		101	<i>Programkategori 30.10</i>	
Kap. 3732 Regionale helseforetak		130	<i>Spesialisthelsetjenester</i>	303
Kap. 733 Habilitering og rehabilitering		131	Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.	303
Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		134	<i>Programkategori 30.50</i>	
Kap. 737 Historiske pensjonskostnader		138	<i>Legehjelp, legemidler mv.</i>	308
<i>Programkategori 10.40</i>			Kap. 2751 Legemidler mv.	308
<i>Sentral helseforvaltning</i>		139	Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling	311
Kap. 740 Helsedirektoratet		140	Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.	312
Kap. 3740 Helsedirektoratet		151	Kap. 2756 Andre helsetjenester	316
			<i>Programkategori 30.90 Andre helsetiltak</i>	318
			Kap. 2790 Andre helsetiltak	318

Del III	Omtale av særlige tema	321	10.3.3	Økt behov for breddekompetanse	371
			10.3.4	Høy andel deltid	371
5	Spesialisthelsetjenesten	323	10.3.5	Høyt sykefravær, høy turnover og høy vikarbruk	373
6	Utviklingstrekk i omsorgstjenesten	336	10.3.6	Høy andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	374
6.1	Personell	337	10.3.7	Sårbare fagmiljøer	375
6.2	Botilbud	338	10.3.8	Mangel på lederkompetanse og stort lederspenn	375
6.3	Kommunens utgifter til omsorgs- tjenester	338	10.3.9	Manglende kompetanse- planlegging	376
7	Administrative fellesomtaler	340	10.4	Mål	376
7.1	Likestilling og mangfold	340	10.5	Strategier	376
7.2	Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter	345	10.5.1	Kvalifisere, rekruttere og beholde ansatte	376
			10.5.2	Organisering av tjenester, oppgaver og ansvar	377
8	Internasjonalt samarbeid	347	10.5.3	Ledelse og planlegging	377
			10.6	Tiltak	377
9	Omtale av klima- og miljørelevante saker	352	10.6.1	Tjenesteutvikling	378
9.1	Miljøområde, miljømål og miljøutfordringer	352	10.6.2	Rekruttering og kvalifisering	379
9.2	Arbeid med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten	352	10.6.3	Ledelse og planlegging	380
9.3	Rapportering på oppfølging av bærekraftsmålene	353	10.7	Gjennomføring av opptrappingsplanen	381
10	Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten	359	11	Videreutvikling av nye metoder	382
10.1	Innledning	359	11.1	Rammer og formål for utviklings- arbeidet	382
10.2	Status og utviklingstrekk	359	11.2	Probas evaluering av nye metoder	382
10.2.1	Brukernes og pårørendes behov ..	360	11.3	Oppfølging av evaluering av nye metoder	383
10.2.2	Tjenestene	366	11.4	Status for pågående oppdrag i 2022	384
10.2.3	Bemanning	367	11.5	Ny stortingsmelding om prioritering	385
10.3	Utfordringsbildet	369			
10.3.1	Knapphet på helse- og sosialfaglig personell	369	Forslag	387
10.3.2	Begrenset tilgang på utdannings- tilbud og praksisplasser	370			

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år	21	Tabell 4.16	Forskningspoeng (2021) og prosentandel av forskningspoeng (2019–2021)	288
Tabell 3.1	Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak, ordnet etter sesjon og nummer.	29	Tabell 4.17	Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2020–2023 (mill. kroner)	304
Tabell 4.1	Realvekst i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger i 2022. Anslag på ulike tidspunkt. Mrd. 2022-kroner og prosentvis vekst	105	Tabell 4.18	Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2020–2021 (mill. kroner)	305
Tabell 4.2	Realvekst i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger i 2023. Anslag på ulike tidspunkt. Mrd. 2023-kroner og prosentvis vekst	105	Tabell 4.19	Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2020–2023 (mill. kroner)	305
Tabell 4.3	Fordeling av tilskuddet til resultatbasert finansiering (mill. kroner)	115	Tabell 4.20	Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2020–2023 (mill. kroner)	305
Tabell 4.4	Fordelingsnøkkel basisbevilgning 2023	120	Tabell 4.21	Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitut 2020–2021 (mill. kroner)	307
Tabell 4.5	Gjennomsnittlig tre-årig beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak	125	Tabell 4.22	Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner) ...	310
Tabell 4.6	Fordeling av resten av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten	125	Tabell 4.23	Utgifter dekket over egenandestak 2020–2021 (mill. kroner)	312
Tabell 4.7	Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten	126	Tabell 4.24	Utgifter til allmennlegehjelp 2020–2021 (mill. kroner)	313
Tabell 4.8	Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2021 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner)	127	Tabell 4.25	Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2020–2023 (mill. kroner)	314
Tabell 4.9	Investeringslån 2021–2023	128	Tabell 4.26	Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2020–2021 (mill. kroner)	314
Tabell 4.10	Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kroner)	130	Tabell 4.27	Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2020–2021 (mill. kroner)	315
Tabell 4.11	Oversikt over innbetalte renter i 2021 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner)	131	Tabell 5.1	Ventetider	323
Tabell 4.12	Oversikt over antall innvilgede autorisasjoner og lisenser i 2021 sammenliknet med 2020	143	Tabell 5.2	Passert planlagt tid	324
Tabell 4.13	Antall gyldige autorisasjoner i helsepersonellregisteret per 31. desember 2021	144	Tabell 5.3	Pakkeforløp kreft samlet for 2021 (pst.)	324
Tabell 4.14	Forskningspoeng (2021) og prosentandel av forskningspoeng (2019–2021)	239	Tabell 5.4	Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus, indikatorer for aktivitet og forløpstid	325
Tabell 4.15	Forskningspoeng (2021) og prosentandel av forskningspoeng (2019–2021)	268	Tabell 5.5	Årsresultat 2018–2021 (mill. kroner)	332
			Tabell 5.6	Budsjettert økonomisk resultat i 2022 (mill. kroner)	332
			Tabell 5.7	Utvikling i helseforetakenes ^ verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2021 (mill. kroner)	333
			Tabell 6.1	Årsverk i omsorgstjenestene 2012–2021	338

Tabell 6.2	Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mrd. kroner) 2012–2021	339	Tabell 7.3	Lønnsforskjeller i kroner på ulike stillingsnivå, Helse- og omsorgsdepartementet	342
Tabell 7.1	Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2021 (kvinner/menn)	342	Tabell 10.1	Omsorgstjenestene – Andel brukere av aldersgruppen i befolkningen (brukerfrekvens) 2009–2021	362
Tabell 7.2	Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet	342	Tabell 10.2	Årsverk og sysselsatte i omsorgstjenesten 2021	367

Figuroversikt

Figur 5.1	Fordeling av råd gitt av Ekspertpanelet, 2019–2021	329	Figur 10.5	Familieomsorgskoeffisienten 2000–2050	365
Figur 6.1	Antall mottakere av helse- tjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand 2012–2020	336	Figur 10.6	Andel personell i institusjons- tjenester og hjemmetjenester 1987–2021	366
Figur 6.2	Mottakere av praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet og tjenester i institusjon etter alder per 31. desember 2011–2021	337	Figur 10.7	Andel årsverk per utdannings- gruppe	368
Figur 10.1	Antall personell i aldersgruppen 67 år og eldre 1950–2050	360	Figur 10.8	Antall årsverk innenfor høyere utdanning	368
Figur 10.2	Prosentvis årlig endring i antall personer 67 år og eldre 2000–2050	361	Figur 10.9	Framskrivning av etterspørselen etter årsverk omsorgstjenesten frem til 2035	370
Figur 10.3	Antall mottakere av omsorgs- tjenester etter alder per 31. desember 2009–2021	362	Figur 10.10	Gjennomsnittlig stillings- størrelse i ulike yrkesgrupper 2021	372
Figur 10.4	Ulike bistandsbehov etter ulike tjenesteområder i omsorgs- tjenesten	364	Figur 10.11	Andel sysselsatte med avtalt heltid i ulike yrkesgrupper 2021	372
			Figur 10.12	Utdanningsnivå blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning 2021	374



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2022–2023)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2023

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. september 2022,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*

Del I
Innledning del

1 Helse- og omsorgspolitikken

Regjeringens hovedmål er å videreutvikle og styrke vår felles helsetjeneste og motvirke sosiale og økonomiske helseforskjeller. Vi skal skape et helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en helsetjeneste som gir god hjelp, behandling og omsorg til befolkningen i hele landet. En sterk offentlig helse- og omsorgstjeneste, styrt av felleskapet og finansiert over skatteseddelen, er avgjørende i kampen mot økte sosiale og geografiske forskjeller og mot en todeling av helsetjenesten. Den offentlige helsetjenesten skal sørge for beredskap og trygghet i hverdagen og tilgang på helsehjelp av høy kvalitet ut fra behov. De brede, tverrsektorielle folkehelseiltakene er fundamentet for god helse og livskvalitet i befolkningen og for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Folkehelsemeldingen, Nasjonal helse- og samhandlingsplan og helseberedskapsmeldingen vil sammen danne rammen for regjeringens helse- og omsorgspolitikk og være der initiativer og løsninger samles. Det gjelder bl.a. arbeidet med allmennlegetjenesten. Innenfor disse rammene vil regjeringen legge fram noen særlig viktige arbeider: opptrappingsplan for psykisk helse, forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet og bo trygt hjemme-reformen.

Folkehelsen i Norge er generelt god, og levealderen er høy. Allikevel er sosial ulikhet i helse fortsatt en utfordring, både etisk, velferdsmessig og økonomisk. Regjeringen vil prioritere folkehelsearbeidet og kampen mot sosiale helseforskjeller for å sikre et bedre og mer rettferdig bærekraftig samfunn for framtiden.

Behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke utover hva vi kan møte med kun økt bemanning de neste tiårene. Fremover vil den knappeste ressursen være helsepersonell med riktig kompetanse. Den demografiske utviklingen treffer de ulike delene av landet ulikt. Dette skaper utfordringer for prinsippet om et likeverdig tjenestetilbud. Vi forventer at vi vil leve lenger, og flere vil leve lenger med en eller flere kroniske lidelser. Mange pasienter og pårørende opplever en fragmentert helse- og omsorgstjeneste. Dette kan ha konsekvenser for pasientsikkerheten og bidra til dårlig utnyttelse av de samlede ressursene i helse- og omsorgs-

tjenesten. Regjeringen vil at pasientene skal oppleve et helhetlig pasientforløp hvor de ulike delene av helsetjenesten jobber godt sammen.

Pandemien har vist at internasjonalt samarbeid er avgjørende for Norges evne til å håndtere grensekryssende helsetrusler. Samarbeid med naboland og internasjonale organisasjoner om forskning, utvikling, produksjon, innkjøp og distribusjon av legemidler og medisinsk utstyr skal bidra til at vi har god beredskap når forsyningen svikter eller vi er i en krise.

Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er:

1. God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
2. Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
3. Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
4. Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
5. Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal sikre innbyggerne et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. En velfungerende fastlegeordning er viktig. I tillegg må de kommunale tjenestene samhandle godt med hverandre og med spesialisthelsetjenesten. Å styrke fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste, samt bedre samhandlingen, er høyt prioritert av regjeringen. Tjenestene må i større grad legge til rette for at brukerne kan leve og bo som de ønsker, samtidig som de skal ha trygghet for at de får god hjelp og omsorg når de har behov for det.

1.1 Allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenesten er en del av grunnmuren i helse- og omsorgstjenestene og fundamentet for det medisinskfaglige samarbeidet om pasienter som trenger hjelp fra ulike deler av tjenestene. Det har derfor konsekvenser for både innbyggere og tjenestene at stadig flere innbyggere står på en

fastlegeliste uten fast lege. Samtidig viser rapporter fra Helsedirektoratet at kommunenes utfordringer med å rekruttere fastleger øker. Den netto tilveksten av fastleger har aldri vært lavere enn i 2021. Nye fastleger har kortere lister enn de som slutter. Kapasiteten i ordningen går ned og kostnadene for kommunene øker. I en rapport fra 2022, utarbeidet på oppdrag fra KS, oppga kommunene å ha merutgifter til fastlegeordningen, ut over kostnader ved per capitatilskuddet, på i overkant av 800 mill. kroner i 2021.

Regjeringen vil utvikle en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og en kommunal tjeneste som er nær, oppdatert og forberedt på å møte helse- og omsorgsbehovet til en befolkning i endring. Det forutsetter sterke fastlegetjenester, legevaksordninger og øvrige kommunale allmennlegetjenester. Det skal være bredde og kvalitet i allmennlegetjenestetilbudet, tilstrekkelig kapasitet og faglige fellesskap som tilrettelegger for gode tjenester og trivsel. Det skal være tillit til at kommunene leder og innretter tjenestene ut fra sine behov.

Regjeringen følger opp Hurdalsplattformen der det fremgår at regjeringen vil styrke fastlegeordningen slik at rekruttering og stabil legedekning sikres i hele landet bl.a. ved å etablere nye rekrutteringshjemler, korte ned listelengden til fastlegene og øke basistilskuddet per innbygger. Regjeringen prioriterer i 2023 å styrke ordningen med nasjonale ALIS-avtaler med 200 mill. kroner for å følge opp løftet om rekrutteringshjemler. Gjennom å styrke ordningen vil alle som starter spesialisering i allmennmedisin i 2023 kunne få tilbud om en ALIS-avtale. I tillegg økes basistilskuddet for fastlegeordningen med 480 mill. kroner fra 1. mai samtidig som innretningen endres for bedre å reflektere legenes arbeidsbelastning. Helårseffekten av økningen i basistilskuddet er på 720 mill. kroner. I tillegg foreslås det i 2023 10 mill. kroner til å styrke forskning i allmennmedisin. Helårsvirkningen i 2024 av styrkingen på allmennlegetjenesten er på 920 mill. kroner.

Regjeringen har nedsatt et ekspertutvalg for å utrede hvordan fastlegeordningen kan gjøres mer bærekraftig. Dette innebærer at de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten skal brukes best mulig. Utvalget skal blant annet vurdere og foreslå tiltak knyttet til hvordan kapasiteten kan økes ved å rekruttere flere leger, gjennom å tilrettelegge for flere profesjoner ved allmennlegekontorene og ved hjelp av digitalisering. Ekspertutvalget skal levere første rapport med foreløpige vurderinger og anbefalinger innen 1. desember 2022. Rapport med endelige vurderinger og anbefalinger skal leveres 15. april 2023.

1.2 Spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende hovedmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Mennesker med psykiske helseplager må få hjelp der de er. Pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester, og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten om henvisninger skal vektlegges slik at pasientene får rett tilbud på riktig nivå med rask tilgang. Det må legges til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelser og forhindre feil bruk av tvang.

Omfanget av pasientskader skal reduseres. Trygge ansatte og åpenhet om uønskede hendelser er sentralt for å lære av og forebygge pasientskader. Arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng skal videreutvikles. Forskningsbasert kunnskap, pasient- og pårønderfaringer, kvalitetsmålinger og uønskede hendelser skal brukes aktivt i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for å redusere uønsket variasjon.

Det er nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere tiltak for bedre ivaretagelse av kvinners helse og kjønnsperspektiver i helse- og omsorgstjenestene, forskning og utdanning. Utvalget leverer sin innstilling i mars 2023. Denne skal følges opp med en kvinnehelsestrategi i tråd med Hurdalsplattformen.

Et helsetilbud i verdensklasse utvikles gjennom forskning og innovasjon i samarbeid med næringslivet, private ideelle og akademia nasjonalt og internasjonalt. Regjeringen ønsker økt bruk av helsedata i helseforskning og flere kliniske studier, helsetjenesteforskning, forskningsbaserte kvalitetsforbedringsprosjekter og innovasjon. Klinisk forskning skal være en integrert del av klinisk praksis og pasientbehandling.

Helsepersonell i norsk spesialisthelsetjeneste skal ligge i front faglig slik at sykehusene kan tilby gode og trygge tjenester i hele landet. Spesialisthelsetjenestens arbeid med utdanning og kompetanse skal bidra til å rekruttere, beholde og utvikle personell. Å videreføre og forsterke arbeidet med heltidskultur er en del av dette. Regjeringens arbeid med å utvikle og gjennomføre en til-litsreform vil også gjelde helse- og omsorgssekto-

ren, og arbeidet vil kunne bidra med å tiltrekke og beholde personell.

Ventetidene har økt som følge av pandemien og mange pasienter har opplevd å få utsatt sin helsehjelp. Det er et mål at ventetidene i spesialisthelsetjenesten ikke skal øke i 2023. På sikt er regjeringens mål at gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager.

Regjeringen tar sikte på å avvikle godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg fra 2023. Ordningen har i liten grad nådd målet om å få ned ventetidene, og heller ikke gjort helsetjenesten mer effektiv. Samtidig har den bidratt til å svekke de offentlige sykehusene. Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal fremdeles kunne velge mellom offentlige tilbud og private tilbud som de regionale helseforetakene har anskaffet gjennom anbud. De regionale helseforetakene skal påse at pasientene får videreført de tilbud de har behov for når ordningen avvikles.

Regjeringen vil legge til rette for at flere pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom føler seg trygg på at tilgjengelige behandlingsoalternativer er vurdert. Endringer i Nasjonalt organ for rådgivning ved alvorlig livsforkortende sykdom (Ekspertpanelet), som følge av evalueringen gjennomført i 2021, skal bidra til at flere pasienter kan få sin sak vurdert. Endringene innebærer bl.a. at panelets sammensetning utvides med en nevrolog.

System for Nye metoder vurderer nye behandlingsmetoder for innføring i spesialisthelsetjenesten og skal bidra til å understøtte likeverdig og rask tilgang til nye og innovative metoder, fremskaffe et kvalitetssikret grunnlag for prioritering, og gi transparente beslutninger. Regjeringen vil sørge for at system for Nye metoder videreutvikles i takt med den medisinskteknologiske utviklingen. Regjeringen følger opp evalueringen av Nye metoder. Det foreslås 28 mill. kroner til styrking av metodevurderingskapasitet og veiledning i Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket i 2023.

Regjeringen vil legge frem en ny stortingsmelding om prioritering. Meldingen vil fokusere på utfordringer ved innføring av persontilpasset medisin og bidra til økt åpenhet og etterprøvbarehet i prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten. Regjeringen vil i løpet av 2022 legge frem en revidert strategi for persontilpasset medisin. Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal utrede forslag til endringer i helseforetaksmodellen. Utvalget skal følge opp Hurdalsplattformen og vurdere forbedringer i styringen av sykehusene. Vurderingene skal baseres på fortsatt statlig eier-

skap. Utvalget skal bl.a. vurdere tiltak for å fjerne unødvendig rapportering, vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg, og se på lederstrukturen i sykehusene. Utvalget skal legge fram sin tilråkning innen 31. mars 2023.

1.3 Opptappingsplan for psykisk helse og psykisk helsevern

Regjeringen vil styrke tilbudet innen psykisk helse, fra de brede helsefremmende og forebyggende tiltakene, via lavterskeltilbud i kommunene til det spesialiserte behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Derfor skal det legges fram en ny opptappingsplan for psykisk helse med øremerkede midler. Målet med planen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp.

Det arbeides foreløpig med tre hovedområder i planen:

- å styrke den psykiske folkehelsen og forebygge psykiske plager og lidelser
- tilgjengelighet og nærhet til psykisk helsehjelp av god kvalitet
- tjenestetilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Hovedvekten av innsatsen i planen skal være innrettet mot kommunale tjenester, men opptappingsplanen skal også bidra til å styrke behandlingstilbudet til psykisk syke i spesialisthelsetjenesten, og særlig innen psykisk helsevern for barn og unge. Planen skal også bidra til å styrke det helsefremmende og forebyggende psykiske helsearbeidet, med mål om at færre skal få psykiske helseproblemer i framtiden. Mestring av egen psykiske helse og helseutfordringer vil også være et tema i planen. Å øke vår mestring av psykisk helse er viktig. Det er i seg selv helsefremmende, og reduserer risikoen for sykkeliggjøring og unødvendig bruk av helsetjenester.

Det arbeides nå med å hente inn innspill til planen, bl.a. gjennom regionale innspillmøter. Det tas sikte på å legge frem en opptappingsplan i 2023.

Det trengs en særlig innsats for barn og unges psykiske helse, bl.a. for å håndtere økende antall henvisninger om spiseforstyrrelser og andre alvorlige lidelser. I tråd med analyser fra sykehusene skal tilbudet om poliklinisk behandling og døgnbehandling styrkes i 2022 sammenlignet med 2021 for både voksne og barn.

Det skal legges til rette for at alle barn og unge som henvises til psykisk helsevern skal få tilbud om vurderingssamtale. Vurderingssamtale og tett samarbeid med kommunen kan sikre at man raskt får en vurdering av sine behov og hjelp videre til rett sted.

Regjeringen vil legge til rette for mer spesialiserte tjenester i psykisk helsevern der dette er hensiktsmessig for å oppnå gode behandlingsresultater. I tråd med Hurdalsplattformen vil regjeringen sette ned et ekspertutvalg som skal vurdere hvilke tilstander/grupper som kan nyttiggjøre seg mer spesialisert organisering, hvordan det kan legges til rette for at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandlingen, og hvordan dette best kan organiseres for å sikre koordinerte, helhetlige tjenester av god kvalitet for pasienter og pårørende.

Regjeringen har oppnevnt et ekspertutvalg som skal evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern. Utvalget skal levere sin innstilling innen 1. mai 2023. Formålet med evalueringen er å bidra til et lovverk og en praksis som sikrer pasientens rett til nødvendige og forsvarlige helsetjenester og som kan forhindre feil bruk av tvang. Arbeidet må også vektlegge pårørendes behov og ivaretagelsen av samfunnets sikkerhet.

Regjeringen er opptatt av å sikre gode tjenester til utsatte grupper, slik som barn i barnevernet, innsatte i fengsel og ROP-pasienter. Helsesatsingen for barn i barnevernet skal videreføres og styrkes. Regjeringen foreslår å øke bevilgningen til utvidelse av tilbudet om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet i 2023-budsjettet.

De regionale helseforetakene fikk i 2021 i oppdrag å etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til innsatte i fengsel. Dette innebærer bl.a. etablering av faste stedlige spesialisthelsetjenester i fengsel innenfor begge fagområder. Opptrappingen er i gang i et samarbeid mellom kriminalomsorgen og helseforetakene.

Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet

Dagens ruspolitikk skal endres. Regjeringen skal gjennomføre en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet som styrker den rusmiddelbyggende innsatsen og oppfølgingen etter tverrfaglig spesialisert rusbehandling mv.

Rusavhengige har rett til et verdig liv og til nødvendig helsehjelp uavhengig av hvilke rusmidler de bruker. Samfunnets reaksjoner på narkotikabruk skal også være forholdsmessige. Personer

med rusavhengighet skal møtes med hjelp og behandling istedenfor strafferettslige reaksjoner. Samtidig går regjeringen imot en generell avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika.

Forebyggings- og behandlingsreformen skal bidra til å forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. Det er et mål at bruken av narkotika reduseres og å forebygge rusmiddelbruk blant barn og unge. Som en del av reformen skal det fremmes et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge.

Regjeringen vil at rusproblematikk identifiseres tidlig og sikrer rask og effektiv hjelp. Personer med rusproblemer skal oppleve god tilgang på behandling og oppfølging, deltakelse i arbeid eller annen meningsfull aktivitet som fremmer mestring og bedret livskvalitet.

Behandlings- og oppfølgingstjenester skal være helhetlige, koordinerte, effektive og individuelt tilpasset.

Arbeidet er startet og det tas sikte på å legge frem forebyggings- og behandlingsreformen i en stortingsmelding høsten 2023. Regjeringen tar sikte på å følge opp rusrelaterte punkter fra Hurdalsplattformen og anmodningsvedtak mv. i arbeidet med meldingen.

1.4 Bo trygt hjemme-reformen

Regjeringen ønsker trygge og levende lokalsamfunn. Når andelen eldre øker, skal vi møte dette med en ny og bærekraftig politikk. Regjeringen har derfor startet arbeidet med en stortingsmelding om en Bo trygt hjemme-reform. Ett av våre hovedmål er at eldre skal få bo i egen bolig lengst mulig, dersom de kan og vil. Å bidra til at flere kan bo trygt hjemme lenger handler om langt mer enn helse- og omsorgstjenester. Dette krever en tverrsektoriell innsats, og en innsats av oss selv og våre nærmeste, av lokalmiljøet og av frivillige. Skal vi lykkes med at flere skal oppleve det som trygt å bo hjemme, trenger vi en moderne og målrettet boligpolitikk. Regjeringen vil i tråd med Hurdalsplattformen ta initiativ til et eget eldreboligprogram. Videre vil vi sørge for gode tjenester til brukere og pårørende, og vil styrke lavterskeltjenester til personer med demens og jobbe for en hjemmetjeneste som arbeider forebyggende og holder folk friskere og hjelper eldre i aktivitet. Det vil kunne bidra til at flere kan bo lengre hjemme. Et levende lokalsamfunn er også et aldersvennlig samfunn, og et godt samfunn for alle på tvers av generasjoner.

Det pågår mye godt arbeid i norske kommuner. Bo trygt hjemme-reformen skal bygge videre på og styrke det gode arbeidet kommunene allerede er i gang med. Gjennom reformen vil vi jobbe for en helhetlig og god planlegging som gir aldersvennlige nærmiljø, sikre eldre mulighet for aktivitet og deltakelse, og utvikle tjenester som fremmer mestring.

Det arbeides nå med å hente inn innspill til planen, bl.a. gjennom regionale innspillmøter. Det tas sikte på å legge fram en stortingsmelding i 2023.

1.5 Digitalisering

Digitale løsninger og bedre digital samhandling skal bidra til at innbyggere får gode, sammenhengende og tilgjengelige tjenester. Bruk av digitale løsninger skal gjøre det enklere å være pasient og ansatt i vår felles helsetjeneste. Innbyggerne skal ha tillit til at opplysninger om helsen deres blir behandlet på en trygg måte. Dette stiller krav til teknologien, men det handler vel så mye om kultur, kompetanse og gode rutiner. Personvern og informasjonssikkerhet er viktig i det videre arbeidet med digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren. Regjeringen vil legge frem en strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren i stortingsmeldingen om helseberedskap. Strategien skal bidra til å løfte sikkerhetsnivået i sektoren.

Digitale løsninger skal understøtte en helhetlig samhandling mellom helsepersonell og styrke pasienter og innbyggers mulighet til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg. Regjeringen ønsker at bruk av innovative e-helseløsninger skal bidra både til en trygg og effektiv helse- og omsorgstjeneste og til å skape et hjemmemarked for norske leverandører. I Norge er det mange aktører som hver for seg digitaliserer og omstiller tjenestene for å levere helse- og omsorgstjenester på nye måter. Regjeringen vil jobbe for nasjonal koordinering på e-helsefeltet og sikre at vi bruker de samlede ressursene på en god måte.

De nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, helsenorge.no, e-resept og helsenettet med grunndata og helseID skal videreutvikles. Det skal også etableres en ny nasjonal tjeneste for laboratorie- og radiologisvar. Regjeringen vil fortsette arbeidet med å realisere pasientens legemiddelliste. Det legges opp til en trinnvis utvikling som gradvis vil gi helsepersonell bedre oversikt over oppdaterte legemiddelopplysninger.

Det er et stort behov for bedre journalløsninger i kommunene. Regjeringen vil vurdere hvordan statens rolle kan dreies fra programfinansiering til virkemidler som stimulerer til at kommunene kan foreta investeringer og forenkler kommunenes anskaffelse og modernisering av journalsystemene. Målet er at tydelige rammebetingelser med standarder, krav og prinsipper for digitalisering skal bidra til en mer helhetlig utvikling.

Regjeringen vil legge til rette for bedre bruk av helsedata i helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Departementet har sendt på høring et forslag om vedtaksmyndighet for Helsedataservice som nasjonal løsning for tilgang til helsedata. I tillegg vurderes mulighetene for å utnytte eksisterende infrastrukturer for data- og analysetjenester i universitets- og høyskolesektoren og helsesektoren mer effektivt. Målet er å realisere så mye som mulig av det planlagte ambisjonsnivået for helsedatasatsingen med distribuerte data og stegvis utvikling av tjenestetilbudet.

1.6 Folkehelsepolitikken – nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Regjeringen vil våren 2023 legge fram en ny folkehelsemelding. Folkehelsemeldingen vil bygge på premissene i Hurdalsplattformen om at forebygging og helsefremmende arbeid må skje på alle samfunnsområder. Å utjevne økonomiske og sosiale forskjeller er viktig for å fremme den norske folkehelsen.

Som en del av folkehelsemeldingen, vil regjeringen lage en ny strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller. I St. meld. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, var utfordringen å løfte hele befolkningen opp på nivået til dem som har best helse. Denne utfordringen er like aktuell i dag. Regjeringen vil ta tak i utfordringer knyttet til levekår, sosial mobilitet og barnefattigdom i byene. Gode fellesskapstjenester som er tilgjengelige for alle skal redusere forskjeller og forebygge ensomhet.

Under pandemien har enkelte grupper i befolkningen rapportert om økte psykiske helseplager og ensomhet. Regjeringen vil arbeide videre med å sikre at psykisk helse er en likeverdig del av folkehelsepolitikken, og rette oppmerksomheten mot psykiske helse og fremming av livskvalitet i befolkningen. Det vises for øvrig til

omtale under punkt 1.3 Opptappingsplan for psykisk helse og psykisk helsevern.

Regjeringen vil videreføre arbeidet med et aldersvennlig Norge, som bygger på samarbeid mellom ulike aktører for å økt bevissthet om hvilken rolle eldre selv kan spille for å få en bedre aldring, om hvordan vi i alle sektorer kan tilrettelegge for aktive eldre, og få til nytenking om muligheter og løsninger.

Vi vil videreføre og videreutvikle en restriktiv tobakks- og alkoholpolitikk og opprettholde Vinmonopolets samfunnsrolle. Tobakks- og alkoholpolitikken er forankret i kunnskapsbaserte virkemidler som har god effekt på folkehelsen. Det er et mål at bruken av narkotika reduseres, samt å forebygge rusmiddelbruk blant barn og unge.

Trygg vannforsyning er også grunnleggende for folkehelsen. Regjeringen vil revidere nasjonale mål for vann og helse og utarbeide en tverrsektoriell gjennomføringsplan for å styrke innsatsen på drikkevannsområdet.

Folkehelsemeldingen vil inneholde en fornyet innsats for å fremme et sunnere kosthold i befolkningen, med kunnskapsbaserte virkemidler som bidrar til å redusere sosiale helseforskjeller. Regjeringen har ambisjoner om gradvis å innføre et daglig sunt, enkelt skolemåltid og daglig fysisk aktivitet i skolen. Skolene skal ha frihet til å organisere dette selv. Regjeringen ønsker et best mulig kunnskapsgrunnlag ved innføring av ordningen. Kunnskap og erfaringer fra skoler og skoleeiere som allerede har en satsing på skolemåltider er sentralt. Regjeringen følger opp Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023) – Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle! Samarbeidet med næringslivet for et sunnere kosthold videreføres gjennom revidert intensjonsavtale som trådte i kraft 1. januar 2022, og varer til 2025. Nye nordiske ernæringsanbefalinger (NNR) der bærekraft skal integreres, publiseres i 2023. De vil danne grunnlaget for en oppdatering av de norske kostrådene. Regjeringen følger opp departementenes handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – sammen om aktive liv. Nasjonale råd for fysisk aktivitet og stillesitting er oppdatert basert på WHO's nye anbefalinger fra 2020.

Det følger av Hurdalsplattformen at klima og natur skal være en ramme rundt all politikk. Derfor er tilrettelegging for gode friluftsopplevelser og tilgang til naturområder for alle nøkkelen i godt folkehelsearbeid. Regjeringen er opptatt av at frivillige organisasjoner skal ha en viktig rolle i gjennomføring av lokale folkehelse tiltak. Frivillighet handler om aktivitet, tilhørighet og engasjement – som gir både livskvalitet og god fysisk og

psykisk helse. Aktivitetsvennlige nærmiljøer er viktig for folkehelsen. Aktiv transport som sykling og gåing bidrar også til renere luft, mindre støy og lavere utslipp i byene. Regjeringen vil derfor gjøre det enklere for fotgjengere og syklister å ferdes trygt. Samtidig må alle – uavhengig av alder og funksjonsnivå – ha god tilgang til grøntområder og andre områder med kvaliteter som kan gi muligheter for lek, fysisk aktivitet og rekreasjon.

Folkehelsearbeidet skal støtte opp under en bærekraftig samfunnsutvikling i tråd med FNs bærekraftsmål.

1.7 Strategi og beredskapsplan for videre håndtering av pandemien

Regjeringen la 5. april 2022 frem strategi og beredskapsplan for videre håndtering av pandemien. Planen har en varighet frem til juni 2023.

Målet med håndteringen er å ivareta liv og helse, samtidig som samfunnet holdes åpent og økonomien kan fungere så normalt som mulig. Det skal være god overvåking, kapasitet og beredskap for å oppdage og håndtere ulike mulige fremtidige scenarier.

Beredskapsplanen skal sette samfunnet i stand til å reagere raskt dersom overvåking og risikovurdering indikerer at epidemien truer med å gi en betydelig sykdomsbyrde eller kritisk belastning av helsetjenesten.

Relevante aktører, som bl.a. Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, kommunene og helseforetakene, skal ha beredskap for å forsterke kunnskapsinnhenting, overvåking, vurdering og rådgivning er en del av beredskapsplanen.

Testing, isolering, sporing og karantene (TISK) er viktig for å kontrollere smittespredning og begrense muligheten for at en smittet person smitter videre. TISK er en viktig del av beredskapen og skal raskt oppskaleres ved behov.

Vaksine er vårt viktigste virkemiddel mot pandemien, og koronavaksinasjonsprogrammet videreføres til juni 2023. Vaksinasjonsstrategien vil fortsatt være dynamisk, og basert på oppdatert kunnskap om sykdom og pandemiens utvikling.

Kommunene må ha et løpende tilbud, slik at alle som ønsker å starte eller fullføre sin vaksinasjon kan gjøre det. Under pandemien er det bygget opp beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler i primær- og spesialisthelsetjenesten

For å bidra til økt forutsigbarhet og bedre fleksibilitet i håndteringen av pandemien har regjeringen utarbeidet tiltakspakker med smitteverntiltak som en del av beredskapsplanen. Alle sektorer

skal ha tilstrekkelig beredskap til å kunne mobilisere og iverksette nødvendige og forholdsmessige tiltak så raskt som mulig. Sektorene skal vurdere eget planverk og behovet for beredskap opp mot regjeringens strategi.

1.8 Læring og mestring

Pasient- og pårørendeopplæring er en av helse- og omsorgstjenestens hovedoppgaver og skal bidra til at sykdom blir håndterbar, samt fremme helse i hverdagen. Gode lærings- og mestringstjenester er viktig for å gi pasienter og pårørende helsekompetanse og økt innsikt i egen livssituasjon slik at de kan mestre den bedre. Det er igangsatt et arbeid for å videreutvikle nasjonale føringer og veiledere for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten. Det skal vurderes en fremtidig organisering og struktur for fagutvikling og samhandling mellom lærings- og mestringstilbudene i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

1.9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Regjeringen tar sikte på å fremme en stortingsmelding om Nasjonal helse- og samhandlingsplan innen utgangen av 2023. Meldingen vil utgjøre rammene for utviklingen av vår felles helse- og omsorgstjeneste. Sentrale mål er gode og sømløse pasientforløp og gode tjenester i hele landet.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil omhandle utvikling av både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Meldingen vil inkludere temaene samhandling, rehabilitering, digitalisering, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, kompetanse og svangerskap, føde- og barseltilbud. Det er nødvendig å se hvordan enkelte virkemidler innen svangerskap, føde og barsel kan justeres, slik det framgår av Hurdalsplattformen. Arbeidet vil derfor bl.a. omfatte bemanning, følgetjeneste, heltidsstillinger og finansiering, samt hvordan disse virkemidlene kan understøtte regjeringens ambisjon om et helhetlig svangerskaps-, føde- og barseltilbud.

Sykehusutvalget og helsepersonellkommissjonen vil følges opp i meldingen.

Selv om det har skjedd mye positivt siden samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 er det fortsatt pasienter og pårørende som opplever en fragmentert helse- og omsorgstjeneste som ikke legger til rette for gode pasientforløp. Samhandling,

både mellom kommuner og sykehus og innad i tjenestenivåene, vil derfor være et sentralt tema i meldingen. God samhandling er ikke et mål i seg selv, men avgjørende for å nå målene om gode pasientforløp og gode tjenester i hele landet på en bærekraftig måte. Regjeringen vil bygge videre på helsefelleskapene og bidra til at de blir en drivkraft for tjenesteutvikling og felles planlegging til det beste for pasienter og brukere. Digitalisering er et av våre viktigste verktøy for å skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste og vil være et tema i meldingen.

I tråd med Hurdalsplattformen vil regjeringen styrke det nasjonale arbeidet for pasientsikkerhet og kvalitet for å redusere og forebygge omfanget av pasientskader, både i kommunehelsetjenesten og på sykehus.

Det legges opp til en åpen og involverende prosess om meldingsarbeidet.

1.10 Akuttmedisinske tjenester

Befolkningen skal ha et forsvarlig tilbud ved akutt sykdom og skade. Regjeringen har som mål å opprettholde beredskap og sikre et akuttmedisinsk tjenestetilbud i hele landet.

Det er over 20 år siden forrige stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester ble lagt fram, og det har skjedd en betydelig utvikling i de akuttmedisinske tjenestene siden da. Regjeringen vil derfor legge frem en egen stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester som omfatter legevakt, responstid for ambulansetjeneste og en faglig standard for innholdet i ambulansetjenesten.

1.11 Fostermedisinske undersøkelser

Stortinget vedtok i 2021 en rekke endringer i bioteknologiloven. Endringene omfattet bl.a. fostermedisinske undersøkelser. Gravide over 35 år og andre med økt risiko for å ha foster med utviklingsavvik eller alvorlig arvelig sykdom får tilbud om tidlig ultralyd og blodprøven NIPT. Fra 2023 skal alle gravide få tilbud om tidlig ultralydundersøkelse.

1.12 Kompetanse, utdanning og personell

I vår felles helse- og omsorgstjeneste er fagfolkene den viktigste ressursen. Et av regjeringens viktigste mål er å sikre nok fagfolk med riktig

kompetanse. Helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted i hele yrkeslivet. Regjeringen har derfor nedsatt en helsepersonellkommissjon som skal levere sin utredning 1. februar 2023. Kommisjonen skal gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse fram mot 2040. Den vil også foreslå tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene over hele landet.

Regjeringen vil arbeide for at tilgangen på personell er i tråd med behovene som følger av utviklingen i sykdomsbyrden, demografi og behov i tjenesten. Økt behov for tjenester innen psykisk helse og utfordringene i allmennlegetjenesten har et særlig fokus nå. Regjeringen vil at fagfolkene i norsk helse- og omsorgstjeneste skal ligge i front i faget. Ansatte fra alle personellgrupper over hele landet skal ha mulighet til å delta i fagutvikling og forskning. Godkjenningsordningene vi har for helsepersonell skal bidra til trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, og til at fagfolkene våre får bruke kompetansen sin til det de kan best. Regjeringen vil følge opp Stortingets anmodningsvedtak nr. 417 (2021–2022) om helhetlig gjennomgang av ordningene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av helsepersonell i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Desentraliserte utdanningsmodeller bedrer rekrutteringen av fagfolk i hele landet. Helhetlige utdanningsløp for leger i spesialisering i faste stillinger i helseforetakene bidrar til dette. Regjeringen foreslår å øke bevilgningen til 199,6 mill. kroner til de søknadsbaserte ordningene for studiesenter og desentralisert og fleksibel utdanning som forvaltes av Direktoratet for høyere utdanning. Regjeringen har inngått en bilateral samarbeidsavtale med KS om kvalitets- og kapasitetsøkning i praksis for helse- og sosialfagstudenter i kommunene. Regjeringen vil legge frem en stortingsmelding om profesjonsutdanningene våren 2024, med hovedvekt på helse- og sosial-, lærer- og ingeniøruddanningene.

1.13 Forskning, innovasjon og kunnskapsbaserte tjenester

Regjeringen vil styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Dette målet går igjen i mye av regjeringens arbeid for å videreutvikle våre felles helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeidet. Det skal legges til rette for at

helse- og sosialpersonellets kompetanse er oppdatert og fremtidsrettet. Det skal arbeides systematisk med å omsette ny kunnskap til innovasjon og bedre praksis. Et godt samarbeid mellom næringslivet og det offentlige er en forutsetning for dette. Tilgang til helsedata og åpenhet om forskningsbasert kunnskap, pasient- og pårønderferinger, kvalitetsmålinger og uønskede hendelser er sentralt i arbeidet med kvalitetsforbedring og for å redusere uønsket variasjon.

Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen. Dette bidrar til en kunnskapsbasert tjeneste og gir pasienter tilgang til utprøvende behandling. Dette skal realiseres gjennom en systematisk tilrettelegging for kliniske studier i alle deler av tjenestene, samt gjennom samarbeid om kompetanse og ressurser i tråd med Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021–2025).

1.14 God kvalitet og trygge tjenester

Norsk helsetjeneste skal være preget av åpenhet og tillit. Regjeringen arbeider for en tillitsreform i offentlig sektor. Målene i offentlig sektor skal være få, tydelige og relevante. Reformen skal gi tillit, tiden og makten tilbake til de som utgjør førstelinjen, slik at de kan gi brukerne av helse- og omsorgstjenesten bedre tjenester. Den offentlige helsetjenesten skal sørge for beredskap, trygghet og tilgang på helsehjelp av høy kvalitet ut fra behov og uavhengig av bosted. Regjeringen er opptatt av å skape en heltidskultur, redusere vikarbruken og øke kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten. Faste, hele stillinger skal være hovedregelen i norsk arbeidsliv.

Regjeringen vil styrke det nasjonale arbeidet for pasientsikkerhet og kvalitet for å redusere og forebygge omfanget av pasientskader, både i kommunehelsetjenesten og på sykehus. Regjeringen har oppnevnt et utvalg som skal gjennomgå varselordningen til Helsetilsynet og Undersøkelleskommissjonen, som vil gi oss et viktig grunnlag i arbeidet med å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten.

1.15 Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten

Regjeringen vil ha en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste med dyktige ansatte som kan fremme god helse, drive godt forebyg-

gende arbeid og gi god helsehjelp og omsorg. Derfor legger regjeringen frem en opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Se kap. 10 i del III. Planen følges opp gjennom Kompetanseløft 2025, samtidig som det varsles at den vil inngå i både Bo trygt hjemme-reformen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og ta høyde for prosesser i etterkant av at Helsepersonellkommissjonen har levert sin rapport.

Omsorgstjenesten står overfor betydelige bemanningsutfordringer i årene fremover. Regjeringen mener utfordringene løses best i samarbeid mellom flere aktører, slik at kommuner får de virkemidler og verktøy de trenger.

Formålet med opptrappingsplanen er å bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste med tilstrekkelig årsverk med relevant utdanning. Planen vil være dynamisk, der strategier og tiltak vil videreutvikles i tråd med utvikling av ny politikk og ny kunnskap. Det pågår allerede en rekke relevante prosesser som opptrappingsplanen vil ses i sammenheng med, som tillitsreformen og regjeringens arbeid med heltid.

1.16 Utvalg som skal gjennomgå tannhelsetjenestene

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsetjenestene, og utrede alternativer som kan legge til rette for at tannhelsetjenestene blir likestilt med andre helsetjenester. Utvalget skal legge til grunn prinsippene for prioritering i helse- og omsorgstjenesten slik de er beskrevet i Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Som ledd i utredningen skal utvalget utrede og vurdere løsninger for skjermingsordninger, inkludert vurderinger av et universelt egenandelstak. Utvalget skal legge fram sin rapport innen utgangen av juni 2024.

1.17 Barn og unge

Barn, unge og deres familier er ett av regjeringens viktigste satsningsområder. Barn og unge skal oppleve god tilgjengelighet til hjelp når de trenger det. For å lykkes med dette kreves det koordinering og samarbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivåer. Fra 1. august 2022 ble det innført en lovfestet rett til barnekoordinator. Fra samme tidspunkt ble det innført harmoniserte og styrkede regler om samordning og samarbeid mellom velferdstjenestene. Felles forskrift om individuell plan

trådte også i kraft 1. august 2022. Direktoratene for velferdstjenestene har utarbeidet en felles veileder til regelverksendringene.

Et sentralt mål for regjeringen er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet til barn, unge og deres familier, inkludert tilbudet til gravide, gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For barn og unge med psykiske plager og lidelser er det viktig at hjelpen er lett tilgjengelig, av god kvalitet og tilpasset barn og unges behov. Regjeringen vil satse på lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene, slik at man kan få rask hjelp uten krav om henvisning. Regjeringen vil også styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og ha en særskilt satsning på barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP).

Barn i barnevernet har som gruppe et større omfang av helseplager enn andre barn. Helsesatsingen i barnevernet skal derfor videreføres og styrkes.

Regjeringen skal legge fram en opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Regjeringen skal videre legge fram en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet i form av en stortingsmelding i 2023. I den forbindelse skal det også lanseres et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Det foreslås å styrke kommunenes oppsøkende arbeid rettet mot barn og unge.

Barn og unge har høy digital kompetanse, men mange opplever det som krevende å finne fram til helseinformasjon og vurdere kildene. Det arbeides derfor med å legge til rette for utvikling og drift av digitale tjenester til barn og unge, herunder digitalisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og for å tilrettelegge for kvalitetssikret og relevant informasjon som er lett tilgjengelig. Regjeringen har besluttet at ung.no skal være det offentliges primære kanal til barn og unge.

1.18 Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

Helseberedskap er en del av regjeringens innsats for samfunnssikkerhet og beredskap og har til formål 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.

Norge har generelt en velfungerende og god helseberedskap. Dette viser evalueringer fra håndtering av hendelser som tsunamien i 2004, svineinfluensapandemien i 2009 og terrorangrepet i 2011.

Koronakommisjonen del 1 og 2 underbygger i hovedsak at den norske helseberedskapen er god.

En rekke helsetrusler er grenseoverskridende. Norge deltar derfor i internasjonalt samarbeid om overvåking, varsling, analyse og tiltak for å forebygge, oppdage og håndtere hendelser i Verdens helseorganisasjon, Det internasjonale atomenergibyrået, NATO og OECD. Nordisk helseberedskapsavtale gir rammer for nordisk samarbeid og omfatter bl.a. informasjonsutveksling og assistanse ved kriser. Norge samarbeider også nært med EU om helseberedskap.

Verden er i rask endring. Det setter premisser for hvordan vi bør innrette den fremtidige helseberedskapen. En motstandsdyktig helseberedskap må tilpasses den verden vi lever i, og ta utgangspunkt i det utfordringsbildet vi står overfor. Endringer i det sikkerhetspolitiske landskapet med krig i Europa, og Finland og Sverige på vei inn i NATO, klimaendringer, demokratisk tilbakegang, globalisering, teknologisk utvikling, demografiske endringer og urbanisering har stor betydning, også for arbeidet med helseberedskap. Samtidig har covid-19-pandemien synliggjort internasjonale avhengigheter som avdekket at vi var og er mer sårbare enn vi trodde.

Regjeringen vil i 2023 legge frem en melding om helseberedskap som gir overordnede føringer for fremtidens helseberedskap.

1.19 Legemiddelberedskap

Regjeringen vil forebygge legemiddelmangel ved å ta et større ansvar nasjonalt og globalt for å sikre tilgang til viktige medisiner og vaksiner. Svakheter i den nasjonale legemiddelberedskapen ble avdekket allerede før pandemien, bl.a. gjennom Helsedirektoratets gjennomgang i 2019. Regjeringen følger opp denne og Koronakommisjonens anbefalinger på området gjennom flere konkrete tiltak.

Markedet og forsyningslinjene for legemidler er globale, og gode internasjonale samarbeid for å ivareta tilgangen i en krise er viktig. Norges viktigste partner for å trygge vår helseberedskap er EU. Pandemien har imidlertid vist at eksisterende mekanismer for europeisk helseberedskapssamarbeid har vært for begrenset. Av den grunn har EU etablert et helsesamarbeid for å styrke europeisk helseberedskap. Regjeringen har besluttet at Norge skal arbeide for å kunne inngå en avtale om norsk tilknytning til det styrkede europeiske helseberedskapssamarbeidet. Det skal arbeides for en løsning som gir Norge størst mulig påvirkning gjennom fulle deltakerrettigheter.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 260,5 mrd. kroner, jf. tabell 2.1. Dette er fordelt med 220 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 40,5 mrd.

kroner på programområde 30, Helsetjenester, folketrygden. Samlet foreslås om lag 18,4 mrd. kroner mer enn i Saldert budsjett 2022. Dette svarer til en økning på 7,6 pst.

Tabell 2.1 Utgiftsendringer sammenliknet med saldert budsjett inneværende år

Betegnelse	Mill. kroner		
	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	2 015,7	1 286,9	-36,2
10.10 Folkehelse mv.	4 235,8	3 066,9	-27,6
10.30 Spesialisthelsetjenester	182 908,6	200 719,9	9,7
10.40 Sentral helseforvaltning	4 427,8	4 452,6	0,6
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	9 951,8	9 300,4	-6,5
10.70 Tannhelse	455,7	467,2	2,5
10.80 Kunnskap og kompetanse	782,0	742,9	-5,0
Sum Helse og omsorg	204 777,3	220 036,9	7,5
<i>Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	6 448,2	6 773,9	5,1
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	30 724,9	33 476,7	9,0
30.90 Andre helsetiltak	199,9	242,0	21,0
Sum Helsetjenester, folketrygden	37 373,1	40 492,6	8,3
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	242 150,4	260 529,4	7,6

For å komme fram til hvor stor reell endring budsjettforslaget representerer sammenliknet med Saldert budsjett 2022, gjøres det fratrekk for om lag 5,5 mrd. kroner i økte bevilgninger knyttet til pensjonspremier og -kostnader for de regionale helseforetakene. Videre gjøres det fratrekk for bevilgningsøkninger for å dekke opp for forventet pris- og kostnadsvekst, herunder takstoppgjør for leger, psykologer, fysioterapeuter mv. I tillegg korrigeres det for flytting av oppgaver og ansvar mellom departementene.

Korrigert for ovennevnte forhold representerer budsjettforslaget en reell økning på om lag 5,9 mrd. kroner, eller om lag 2,4 pst. sammenliknet med Saldert budsjett 2022. Realveksten fordeles seg med om lag 3,4 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og knapt 2,5 mrd. kroner på programområde 30 Helsetjenester, folketrygden.

Realveksten under programområde 10 er bl.a. påvirket av at det i Saldert budsjett 2022 ble bevilget vel 3,8 mrd. kroner til ekstraordinære tiltak

Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2022

Økt grunnfinansiering og aktivitet sykehus	2 437 mill. kroner
Allmennlegetjenesten	690 mill. kroner
Utdanningsstillinger spesialsykepleiere.....	199 mill. kroner
Psykisk helse, rus og helsestasjons- og skolehelsetjenesten	150 mill. kroner
Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede.....	144 mill. kroner
Beredskapslagring av legemidler	110,6 mill. kroner
Koronavaksinasjonsprogrammet	80 mill. kroner
Tarmscreening	38,1 mill. kroner
Helsedata	36 mill. kroner
Styrking av metodevurderingskapasiteten i Nye metoder.....	28 mill. kroner
Livmorhalscreening – hjemmetester	20,5 mill. kroner
Sekvensering av covid-19-tester	16 mill. kroner
Regional koordinator i strategisk kompetanseutvikling.....	12 mill. kroner
Felles IT-prosjekt for NPE og Helseklage.....	12 mill. kroner
Data fra institusjon til Legemiddelregisteret	10 mill. kroner
Effektivisering av tydearbeidet i Mammografiprogrammet	10 mill. kroner
Noklus.....	7,8 mill. kroner
Pasient- og brukerombudene	6 mill. kroner
Nasjonale eksperter til EU.....	6 mill. kroner
Eldrepolitikk.....	5 mill. kroner
Økt saksbehandlingskapasitet i Helseklage	3 mill. kroner
Tilsyn med blod, celler, vev og organ	3 mill. kroner
Menn i helse	3 mill. kroner
Tverrfaglig helsekartlegging i barnevernet	3 mill. kroner
Sentralt egg- og sæddonorregister	2 mill. kroner
Flerkulturell doula	2 mill. kroner
Styrking av Bioteknologirådet.....	1 mill. kroner

ifb. koronapandemien, mens det i denne proposisjonen foreslås om lag 2,1 mrd. kroner til samme formål i 2023. Alt annet like reduserer dette realveksten under programområde 10 med vel 1,7 mrd. kroner. På den annen side foreslås det å øke bevilgningene til investeringslån og bygge-lånsrenter til store sykehusbygg med om lag 2,8 mrd. kroner i tråd med prosjektframdrift og ferdigstilling, mens bevilgningene til investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser foreslås redusert med om lag 1 mrd. kroner knyttet til tilsagn gitt tidligere år. Videre inngår forslag om 480 mill. kroner til økt risikojustert basistilskudd til fastleger fra 1. mai 2023 i realveksten på programområde 10, selv om beløpet bevilges på Kommunal- og distriktsdepartementets budsjett.

Oppdaterte anslag fra Beregningsgruppen for folketrygden indikerer om lag 1,2 mrd. kroner høyere utgifter i 2022 på Programområde 30 sammenliknet med Saldert budsjett 2022. Takstopp-

gjøret for leger, psykologer, fysioterapeuter mv. er her holdt utenfor, jf. omtale over. I og med at utgiftsanslagene for folketrygden for 2023 tar utgangspunkt i det anslått høyere utgiftsnivået i 2022, forklarer dette om lag 1,2 mrd. kroner av realveksten på Programområde 30 sammenliknet med Saldert budsjett 2022.

De viktigste styrkingene i budsjettforslaget ut over anslag for regelstyrte ordninger under folketrygden er omtalt i boks 2.1. Under pkt. 2.29 redegjøres det for gjennomgående budsjett- og strukturtiltak som foreslås for 2023.

2.1 Økt aktivitet i sykehus og grunnfinansiering

Det foreslås 2 000 mill. kroner til økt aktivitetsvekst og 700 mill. kroner i økt grunnfinansiering. Korrigert for effektiviseringskrav på 263 mill. kro-

ner, foreslås det å øke driftsbevilgningene til sykehus med 2 437 mill. kroner i 2023. Dette er sammenlignet med Saldert budsjett 2022. Sammenlignet med anslag på regnskap 2022 ved framlegging av Prop. 1 S (2022–2023) gir dette en realvekst på 1,4 pst. Realveksten gir et uttrykk for veksten i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene justert for pris- og kostnadsvekst, dvs. målt i faste priser.

Saldert budsjett 2022 innebar en realvekst på knapt 2,4 mrd. kroner fra Saldert budsjett 2021. Etter at statsbudsjettet for 2022 ble fremlagt har særlig en høyere pris- og lønnsvekst medført lavere realvekst i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene for 2022. Isolert sett trekker dette ned realveksten i driftsbevilgningene med om lag 3,4 mrd. kroner i 2022. Den økte kostnadsveksten innebærer at det nå anslås en reell nedgang i driftsbevilgningene til helseforetakene på om lag 1,2 mrd. kroner, svarende til -0,7 pst. i 2022. Deflatoren som her er brukt gir uttrykk for gjennomsnittlig lønns- og prisvekst og avspeiler i 2022 for en stor del spotprisene på strøm. De regionale helseforetakene har inngått prissikringsavtaler som demper kostnadseffekten fra de høye strømprisene. Samtidig er økte byggekostnader i liten grad reflektert i deflatoren som her er brukt. Kostnadsøkningen på anslagsvis 3,4 mrd. kroner kompenseres ikke i 2023, og det høye kostnadsnivået vil påvirke sykehusøkonomien også i 2023. For å sikre økonomisk kontroll er det derfor nødvendig med omstillingstiltak og at investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt skyves på.

Helse Nord RHF har nå svært negative økonomiske resultater målt mot egne budsjett ved flere av sine helseforetak. Allerede før pandemien var det identifisert behov for omstilling for å få en drift tilpasset de økonomiske rammene. Det var vanskelig å videreføre dette arbeidet under pandemien. Regionens resultater så langt i 2022 viser at de økonomiske utfordringene er så omfattende at styret i Helse Nord RHF vurderer at forutsetningene for å iverksette nye større investeringer ikke lenger er tilstede. Den økonomiske utviklingen i regionen er svært bekymringsfull og innebærer behov for omfattende omstillingstiltak, som det nå arbeides med. Det er helt avgjørende for Helse Nord RHF sin langsiktige økonomiske stilling og framtidige handlingsrom at økonomien kommer under kontroll. Helse Nord RHF vil få i oppdrag å vurdere egnede tiltak.

Sykehusene har hatt betydelige merutgifter og reduserte inntekter som følge av virusutbruddet i 2020, 2021 og i første halvår 2022, som har blitt kompensert med særskilte bevilgningsøkninger.

Bevilgningsforslaget for 2023 tar utgangspunkt i Saldert budsjett 2022, noe som betyr at endringer i bevilgninger som følge av kompensasjon for pandemikostnader og tapte ISF-inntekter i tilleggsprosisjoner i 2022 ikke videreføres.

Av den økte grunnfinansieringen på 700 mill. kroner, skal 150 mill. kroner gå til døgnbehandling innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne. Resterende 550 mill. kroner skal gi rom for vedlikehold, investeringer, beredskapsarbeid og intensivkapasitet.

Foreslått økt driftsbevilgning på 2 437 mill. kroner fremkommer etter at det gjort fratrekk for effektiviseringskrav på 201 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Videre er det tatt hensyn til underregulering av tilskudd som inngår i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger på til sammen 62 mill. kroner sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, hvor av 52 mill. kroner knyttet til offentlige laboratorie- og røntgentjenester. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,8 pst.

Det foreslås å redusere ISF-andelen for somatikk fra 50 til 40 pst. fra 2023. Gjennom økt rammefinansiering vil de regionale helseforetakene gis økt strategisk handlingsrom, og det kan bli økonomisk enklere for sykehusene å prioritere oppgaver som ikke gir inntekter gjennom ISF. Omleggingen er budsjettneutryl. Poliklinisk psykisk helsevern og TSB ble inkludert i ISF i 2017, og ISF-andelen for dette tjenesteområdet anslås å være om lag 25 pst. Det foreslås i 2023 ingen endringer i ISF-andelen for poliklinisk psykisk helsevern og TSB.

Den foreslåtte bevilgningen til aktivitetsvekst på 2 000 mill. kroner legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,5 pst. fra Saldert budsjett 2022. I tråd med etablert praksis er det da lagt til grunn at den økte aktiviteten kan realiseres til 80 pst. av gjennomsnittlig behandlingstkostnad.

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 2023. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag at ventetiden ikke skal øke i 2023 sammenlignet med 2022.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 pst. fra Saldert budsjett 2022, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkel-

ser i helseforetakene legges til rette for en vekst på om lag 2,5 pst. neste år.

Ny forskrift om kapitaliseringsrente ved utmåling av personskadeerstatning vil tre i kraft fra 1. oktober 2022. Merutgiftene for de regionale helseforetakene vil være om lag 170 mill. kroner på årsbasis. Disse merutgiftene må dekkes innenfor gjeldende økonomiske opplegg for 2022 og foreslått budsjettopplegg for 2023.

For å trygge forsyningen under koronapandemien ble det inngått midlertidige avtaler for å bygge opp nasjonale beredskapslagre av legemidler. Departementet vil sende utkast til lov- og forskriftsendringer om en permanent innretning for legemiddelberedskapen på høring. De regionale helseforetakene skal ivareta legemiddelberedskapen i spesialisthelsetjenesten. Dette må finansieres av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Det er gitt tilskudd i 2022 som ikke foreslås videreført i 2023.

2.2 Allmennlegetjenesten

Regjeringen foreslår betydelige økte bevilgninger til allmennlegetjenesten i 2023. Det foreslås å styrke allmennlegetjenesten med 690 mill. kroner. Helårseffekten av forslaget er 920 mill. kroner f.o.m. 2024. Det foreslås 480 mill. kroner til å styrke og risikojustere basistilskuddet med virkningstidspunkt fra 1. mai 2023. Den nasjonale ALIS-ordningen foreslås styrket med 200 mill. kroner og 10 mill. kroner foreslås for å styrke forskning i allmennmedisin i 2023. Styrkingen samlet skal legge til rette for rekruttering, kapasitet og kvalitet i allmennlegetjenesten.

2.3 Utdanningsstillinger spesialsykepleiere

Pandemien har tydeliggjort behovet for spesialsykepleiere, særlig intensivsykepleiere. Det ble i 2022 bevilget midler til minst 200 nye utdanningsstillinger for spesialsykepleiere innen anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) og jordmødre, sist gjennom Stortingets behandling av Prop. 51 S (2021–2022) *Endringer i statsbudsjettet 2022 under Kunnskapsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdeparte-*

mentet, Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Samferdselsdepartementet, Finansdepartementet og Olje- og energidepartementet (økonomiske tiltak i møte med pandemien og ekstraordinære strømavgifter). Det foreslås 199 mill. kroner til tiltaket i 2023. Midlene skal gå til helårseffekt av stillingene opprettet i 2022, samt opprettelse av 200 nye utdanningsstillinger i 2023.

2.4 Psykisk helse, rus og helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Innsatsen på psykisk helse- og rusfeltet skal styrkes gjennom en opptrappingsplan for psykisk helse og en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet som legges fram i løpet av 2023. Opptrappingen skal styrke kommunale tjenester, inkludert helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og skal også sikre bedre kvalitet og økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Kompetanseheving om eldres psykiske helse følges også opp i opptrappingsplan for psykisk helse. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet skal styrke kommunenes forebyggende tilbud, herunder utvikling av et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Videre skal behandlings- og oppfølgingstilbud, både i spesialisthelsetjenesten og kommunene styrkes og videreutvikles. Det foreslås på denne bakgrunn å styrke bevilgningen til psykisk helse- og rusfeltet og til helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 150 mill. kroner i 2023.

2.5 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Det foreslås 144 mill. kroner til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede. Midlene skal dekke økte kostnader knyttet til gjennomføring av dom til tvungen omsorg.

2.6 Beredskapslagring av legemidler

Det foreslås 110,6 mill. kroner til beredskapslagring av forsyningskritiske legemidler. For å trygge forsyningen under koronapandemien ble det inngått midlertidige avtaler om å bygge opp nasjonale beredskapslagre.

2.7 Koronavaksinasjonsprogrammet

Det foreslås 80 mill. kroner til drift av koronavaksinasjonsprogrammet, fordelt med 69 mill. kroner til Folkehelseinstituttet og 11 mill. kroner til Lege-middelverket.

2.8 Tarmscreening

Det foreslås ytterligere 38,1 mill. kroner til innføring av et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft, med en samlet bevilgning på 203,0 mill. kroner i 2023. Tilbudet gis til kvinner og menn det året de fyller 55 år, og skal gjøres landsdekkende innen 2024.

2.9 Helsedata

Det foreslås 36 mill. kroner til investeringer i gjenbruk av eksisterende data- og analyseinfrastrukturer, bl.a. i universitets- og høyskolesektoren, og til styrking av basisfinansieringen av Helsedataser-vice for å sikre en bærekraftig finansieringsmodell. Totalt foreslås det bevilget 78,1 mill. kroner til formålet i 2023.

2.10 Styrking av metodevurderingskapasiteten i Nye metoder

System for Nye metoder beslutter hvilke nye behandlinger som innføres i spesialisthelsetjenesten, og er et viktig virkemiddel for at helsetjenesten kan prioritere sine ressurser best mulig. Evalueringen av Nye metoder viser at det tar lenge tid å innføre nye behandlinger i Norge enn i andre land. Årsaken er bl.a. at metodevurderingsprosessen i Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet av kapasitetsmessige grunner tar lang tid. Det foreslås 28 mill. kroner til styrking av metodevurderingskapasitet og veiledning i de to etatene.

2.11 Livmorhalscreening – hjemmetester

En ny norsk studie gjennomført av Kreftregisteret i 2019, viste at oppmøte til livmorhalsprogrammet økte med 27,9 pst. hos kvinner som fikk hjemmetest tilsendt i posten. I saldert budsjett 2022 er det satt av 20,5 mill. kroner til oppstart implemente-

ring hjemmetest som del av livmorhalsprogrammet. Det foreslås ytterligere 8 mill. kroner som bl.a. skal dekke driftskostnader knyttet til utsendelse av prøvetakingsutstyr og oppfølging av positive prøver.

2.12 Sekvensering av covid-19 tester

Smittespredningen fremover er usikker, og nødvendig kapasitet av laboratorieanalyser må trykkes. Det foreslås 16 mill. kroner til dette for første halvår 2023.

2.13 Regional koordinator i strategisk kompetanseutvikling

Det foreslås 12 mill. kroner til å etablere en regional koordinatorrolle organisatorisk plassert hos statsforvalter, for å gi støtte og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling.

2.14 Felles IT-prosjekt for NPE og Helseklage

Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten må anskaffe ny felles saksbehandlingsløsning. Dagens saksbehandlingssystemer ble utviklet for mange år siden, og det er behov for oppgradering. Det foreslås 12 mill. kroner til dette.

2.15 Data fra institusjon til Legemiddelregisteret

Det foreslås 10 mill. kroner til å utvide Legemiddelregisteret til også å omfatte data fra institusjon, for å få bedre informasjon om bruk, effekt og bivirkninger av legemidler gitt til pasienter i institusjon.

2.16 Effektivisering av tydearbeidet i Mammografiprogrammet

I lys av mangel på brystradiologer både i Norge, Norden og delvis Europa, ønsker Kreftregisteret å effektivisere leseprosessene av screeningprogrammene ved å ta i bruk kunstig intelligens. Det foreslås 10 mill. kroner til dette.

2.17 Noklus

Det foreslås 7,8 mill. kroner til Noklus for å videre- og slutføre det viktige nasjonale arbeidet med å kvalitetssikre laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten.

2.18 Pasient- og brukerombudene

De 15 lokale pasient- og brukerombudene skal ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås 6 mill. kroner for å dekke økte kostnader.

2.19 Nasjonale eksperter til EU

Det foreslås 6 mill. kroner for å finansiere to nasjonale eksperter til EU-kommisjonen ifb. arbeidet i EU knyttet til Health Technology Assessment (medisinske metodevurderinger) og digital helse (European Health Data Space).

2.20 Eldrepolitikk

Regjeringen vil gi pensjonistenes organisasjoner forhandlingsrett på andre områder enn reguleringen av pensjonene, og dermed mulighet til å drøfte viktige spørsmål i eldrepolitikken, jf. Prop. 41 L (2021–2022) hvor regjeringen redegjorde for hvordan innspill fra pensjonistenes organisasjoner kan følges opp. Det vises til omtale i Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjettproposisjon for 2023. Organisasjonene ønsker en bedre og mer systematisk opplæring av eldrerådene og få mulighet til erfaringsutveksling. Det foreslås 5 mill. kroner for å styrke opplæring av de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene for å styrke deres medvirkningsrolle. Tiltaket skal bidra til å sikre bedre legitimitet i demokratiske prosesser og styrke eldreperspektivet i kommunal planlegging og i lokalpolitikken. Organisasjonene har også hatt innspill knyttet til allmennlegetjenesten. Regjeringen vil fortsatt styrke fastlegeordningen for å sikre rekruttering og stabil legedekning i hele landet, jf. styrking av allmennlegetjenesten med totalt 690 mill. kroner, omtalt under 2.2.

2.21 Økt saksbehandlingskapasitet i Helseklage

Det foreslås 3 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

2.22 Tilsyn med blod, celler, vev og organ

Det foreslås 3 mill. kroner til Statens helsetilsyn for å gjennomføre tilsyn med blod, celler, vev og organer i tråd med forskriftsfestede frekvenskrav.

2.23 Menn i helse

Det foreslås 3 mill. kroner til å styrke bevilgningen til rekrutteringstiltaket Menn i helse.

2.24 Tverrfaglig helsekartlegging i barnevernet

Det foreslås 3,4 mill. kroner for å styrke spesialisthelsetjenestens kartleggingsteam og til koordinerende tiltak i Helsedirektoratet.

2.25 Sentralt egg- og sæddonorregister

Det sentrale egg- og sæddonorregisteret i Helsedirektoratet er et elektronisk register som skal sikre at personer født etter assistert befruktning ved hjelp av donorsæd på norske klinikker får oppfylt sin rett til å få informasjon om donors identitet. Da eggdonasjon ble tillatt fra 1. januar 2021, ble registeret utvidet til også å omfatte eggdonorer. Det foreslås 2 mill. kroner til videreutvikling og drift av registeret.

2.26 Flerkulturell doula

Det foreslås 2 mill. kroner til Norske Kvinners Sanitetsforening for tiltak til flerkulturell doula.

2.27 Styrking av Bioteknologirådet

Det foreslås 1 mill. kroner til styrking av rådets arbeid.

2.28 Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19

Pandemisituasjonen tilsier at deler av befolkningen også i 2023 og sannsynligvis i årene fremover kan få behov for oppfriskningsdoser og/eller vaksiner som beskytter mot nye virusvarianter. Delta-kelse i EUs vaksineanskaffelser er regjeringens hovedstrategi for tilgang til koronaviruser til befolkningen i Norge. Det foreslås derfor 1 920,8 mill. kroner knyttet til innkjøp av vaksiner og vaksinasjon mot covid-19. For å kunne inngå ytterligere avtaler om fremtidige vaksineleveranser, foreslås en bestillingsfullmakt på inntil 500 mill. kroner i 2023.

2.29 Budsjett- og strukturtiltak

Gjennomgående budsjetttiltak

Innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ramme foreslås det et flatt prosentvis kutt på en rekke driftsposter og tilskuddsposter for å kunne styrke andre prioriterte områder. Samlet utgjør disse kuttene 265,9 mill. kroner.

Det foreslås et rammekutt på 30 mill. kroner i Helsedirektoratets driftsbevilgning. Bevilgningen omfatter også Helfo. Den konkrete innretningen vil bli avklart i styringsdialogen med etaten. Gjennomføringen av myndighetspålagte oppgaver vil bli skjermet fra kuttet. Det foreslås et rammekutt på 20 mill. kroner i driftsbevilgningen til Direktoratet for e-helse. Den konkrete innretningen vil bli avklart i styringsdialogen med etaten.

Gjennomgang av den sentrale helseforvaltningen

Regjeringen vil gjennomgå organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen. Kartleggingen skal avdekke uklare ansvarsforhold, ulik rolleforståelse og organisatoriske forhold som kan bidra til at ressursene ikke benyttes effektivt. Hensikten med gjennomgangen er effektiv ressursbruk og avklaring av roller og ansvar mellom etatene, og arbeidsfordelingen mellom etatene og Helse- og omsorgsdepartementet. Beredskapsrelaterte oppgaver, inkludert smittevern, atomberedskap og digitaliseringsarbeid, skal særlig vurderes. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Budsjett- og strukturtiltak under folketrygden

For 2023 foreslås egenbetalingene i sum prisjustert med 3,5 pst., svarende til 187 mill. kroner,

hvorav 178 mill. kroner under folketrygden. Dette foreslås gjennomført ved å øke egenandelstaket med 119 kroner. Videre foreslås det å øke egenandelen for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lag/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet samt pasientreiser med 3 pst. Egenandelen for pasientreiser og opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler økes fra 1. juli som svarer til en økning på 1,5 pst. for året under ett. Nytt egenandelstak foreslås fastsatt til 3 040 kroner.

Gebyret for manglende fremmøte til somatisk poliklinikk er i dag tre ganger egenandelsbeløpet eller 1 125 kroner. Gebyret inngår ikke i frikortet. Det foreslås å øke gebyret til å utgjøre fire ganger egenandelens størrelse. Med dagens egenandelsnivå innebærer dette et gebyr tilsvarende 1 500 kroner. Forslaget innebærer en samlet innsparing tilsvarende 59,7 mill. kroner. Ved poliklinisk helsehjelp innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialist rusbehandling er gebyret i dag normert til samme beløp som egenandelen, dvs. 375 kroner. Det foreslås ingen endring av dette gebyret.

Underreguleringen av refusjoner for laboratorie- og radiologitjenester er for 2023 foreslått å være på 1,5 pst. Det tilsvarer en innsparing på anslagsvis 15,6 mill. kroner.

Det foreslås å øke den prosentvise egenbetalingen fra 39 pst. til 50 pst. for legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept, men beholde maksimal egenandel på 520 kroner. Det tilsvarer en innsparing på anslagsvis 97 mill. kroner.

Budsjettgevinster for endrede jobbreisevaner

Pandemien har ført til endrede jobbreisevaner. Redusert reiseaktivitet vil både redusere reiseutgifter i virksomhetene og spare reisetid for de ansatte. Selv om reiseaktiviteten er høyere nå enn under pandemien, vil nivået på reiseaktiviteten trolig være varig redusert. I Saldert budsjett 2022 ble det lagt til grunn et gevinstuttak på om lag 7 pst. av reiseutgiftene før pandemien. Ifb. RNB 2022 ble gevinstuttaket økt til om lag 14 pst. i andre halvår 2022. Regjeringen foreslår å øke gevinstuttaket i 2023 til om lag 20 pst. av reiseutgiftene før pandemien. Dette innebærer et økt gevinstuttak under Helse- og omsorgsdepartementet sammenlignet med Saldert budsjett 2022 på om lag 13 mill. kroner. Det vises til omtale på den enkelte budsjettpost.

Budsjetttiltak knyttet til enkeltstående tilskudd med navngitte mottakere

Tilskuddsmidler skal normalt lyses ut og fordeles på grunnlag av åpne søknadsprosesser og kjente tildelingskriterier, slik at flere får mulighet til å søke tilskudd og alternative tilnærminger for oppnåelse av mål og samfunnseffekter kan vurderes opp mot hverandre. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) har gjennomført en områdegjennomgang av praksis for navngiving av tilskuddsmottagere i statsbudsjettet. Tilskudd der mottakeren er navngitt i budsjettproposisjonen utgjør unntak fra bestemmelsene i økonomiregelveket. Slike unntak kan være hensiktsmessige i enkelte tilfeller, for eksempel dersom det gjelder viktige formål uten alternative tilbydere, men navngitte mottakere kan også medføre mindre effektiv måloppnåelse fordi mottakeren unntas fra konkurranse og prioritering. Regjeringen har derfor startet et arbeid med å redusere antall navngitte tilskuddsmottagere i statsbudsjettet. Det vises til Prop. 1 S (2022–2023) Gul bok for ytterligere beskrivelse.

Regjeringen foreslår kutt på 42,2 mill. kroner på Helse- og omsorgsdepartementets område, i tillegg er en rekke øremerkede tilskudd avviklet og innlemmet i søkbare ordninger. Det vises til omtale under relevant kapittel og post.

Kompensasjonsberegninger i forbindelse med innføring av ny premiemodell for statlige virksomheter fra 2022

Statens pensjonskasse (SPK) innførte fra og med 2022 en ny hendelsesbasert og virksomhetsspesifikk premiemodell for statlige virksomheter. Det ble lagt opp til at omleggingen skulle være om lag budsjettneutryl på innføringstidspunktet, ved at de berørte virksomhetene fikk en reduksjon eller en økning i bevilgningen i tråd med endret premie, sammenlignet med hva som ville fulgt av gammelt premiesystem. Saken var omtalt i Arbeids- og inkluderingsdepartementets Prop. 1 S (2021–2022) for 2022 på sidene 28 og 29.

I etterkant av at kompensasjonsberegningene ble gjennomført, er det registrert forhold som tilsier at virksomhetene samlet er noe overkompensert. Dette skyldes at beregningene i saldert budsjett 2022 av pensjonspremier etter gammel premiemodell var basert på pensjonsgrunnlaget per 1. januar 2022. Grunnlaget ble ved en inkurie ikke oppjustert med lønnsveksten gjennom året. Det betyr at premieanslagene etter gammel modell skulle vært noe høyere, som igjen betyr at kompensasjonen skulle vært noe lavere. Under Helse- og omsorgsdepartementet utgjør dette 5,8 mill. kroner. Regjeringen vil som følge av dette redusere bevilgningen under Helse- og omsorgsdepartementet med samme beløp fra 2023. Det vises til Arbeids- og inkluderingsdepartementets Prop. 1 S (2022–2023) for nærmere omtale.

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 2021–2022, samt de vedtakene som kontroll- og konstitusjonskomiteen i Innst. 141 S (2021–2022) mente ikke var

kvittert ut. I tabellen nedenfor angis det også hvorvidt departementet planlegger at rapporteringen knyttet til anmodningsvedtaket nå avsluttes eller om departementet vil rapportere konkret på vedtaket også i neste års budsjettproposisjon.

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak, ordnet etter sesjon og nummer.

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2022–2023)
2021–2022	35, punkt 51	Utredning av status for tannhelsetjenester	Ja
2021–2022	35, punkt 52	Utvalg tannhelsetjenester	Ja
2021–2022	87	Kostnader kommunal sektor – KS	Ja
2021–2022	88	Investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje	Ja
2021–2022	89	Evalueringsmodell for nasjonale e-helseløsninger	Nei
2021–2022	416	Overgangsordning for autorisasjon av paramedisinere	Nei
2021–2022	417	Avklaring knyttet til Register for utøvere av alternativ behandling	Nei
2021–2022	516	Sikring av helsefaglig oppfølging etter fødsel	Nei
2021–2022	517	Lovfeste rett til selvvalgt støtteperson gjennom graviditet og fødsel	Nei
2021–2022	518	Oppfølging og hjelpeapparat for forebygging av fødselsdepresjon	Nei
2021–2022	519	Behandlingssenter ved alvorlig fødselsdepresjon for mor med barn	Nei
2021–2022	520	Rettighetsfesting av hjemmebesøk av jordmor	Nei
2021–2022	561	Utredning av spesialistforskriften	Nei
2021–2022	570	Helsehjelp og psykologisk oppfølging av ukrainske flyktninger	Ja
2021–2022	641	Døgnbehandling psykisk syke barn	Ja
2021–2022	762	Handlingsplan for reduksjon av ensomhet	Nei

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak, ordnet etter sesjon og nummer.

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2022–2023)
2021–2022	763	Styrking av forskning på ensomhet	Nei
2021–2022	764	Styrking av samarbeid for forebygging av ensomhet	Nei
2021–2022	765	Gjennomgang av unntaksordning i Nye metoder	Ja
2021–2022	766	Redegjøre for oppfølging av evaluering av Nye metoder	Ja
2021–2022	831	Helsetjenesten på Politiets utlendingsinternat, Trandum	Nei
2021–2022	832	Fylkeskommunens plikt til å tilby tannhelsetjenester	Nei
2020–2021	5	Økonomiske modeller for utvikling av antibiotika	Nei
2020–2021	9	Lovendring om mennesker på sykehjem mot deres egen vilje	Nei
2020–2021	84	Revisjon av smittevernloven etter Koronakommisjonens rapport	Nei
2020–2021	96	Gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling	Nei
2020–2021	153	Hospice Malvik og barnehospice i Kristiansand	Ja
2020–2021	229	Sykehusenes intensivkapasitet og beredskap i etterkant av covid-19-pandemien	Nei
2020–2021	328	Alternative behandlere – fritak fra Merverdiavgiftsloven	Nei
2020–2021	604	Planlegging og evaluering av nye sykehusbygg	Ja
2020–2021	607	Utredning av endringer i innkjøpsforskriften for Vinmonopolet	Nei
2020–2021	645	Voksendvaksinasjonsprogram	Nei
2020–2021	646	Automatisk informasjonsordning	Nei
2020–2021	650	Sikring av fortsatt drift av fødeavdelingen i Kristiansund	Ja
2020–2021	651	Drift av fødeavdelingen i Kristiansund	Ja
2020–2021	692	Botilbud for personer som har kommet ut av aktiv rus	Nei
2020–2021	693	Finansieringsordning innen rusfeltet	Nei
2020–2021	694	Levekårsundersøkelse for personer med alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)	Ja
2020–2021	702	Helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud	Nei
2020–2021	726	Responstider, kompetanse og akuttmedisinsk utstyr	Nei

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak, ordnet etter sesjon og nummer.

Sesjon	Vedtak nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2022–2023)
2020–2021	727	Norges tilgang til produksjonskapasitet for kritisk medisinsk utstyr	Ja
2020–2021	876	Koronakommisjonen – situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger	Nei
2020–2021	889	Nasjonal produksjon og beredskap for kritisk viktig smittevernuttstyr	Ja
2020–2021	963	Beredskapsavtaler for norsk produksjon av legemidler	Ja
2020–2021	986	Eldrevoldssaker – nasjonale retningslinjer	Nei
2020–2021	987	Eldrevoldssaker – meldeplikt	Nei
2020–2021	1105	Helse-, sosial- og omsorgssektoren – saksbehandling av klager	Ja
2020–2021	1114	Legemiddeloven – narkotika til eget bruk	Nei
2020–2021	1120	Rusfaglig kompetanse i BUP	Ja
2020–2021	1122	Ettervernsreform for rusavhengige	Nei
2020–2021	1123	Bruk av Nalokson	Ja
2020–2021	1164	Evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene	Nei
2020–2021	1170	WHO – tilgang til effektive antibiotika	Nei
2020–2021	1281	Styrket opplæring av eldrerådene	Ja
2019–2020	347	Prøveprosjekt der helsesykepleiere henviser til BUP	Nei
2019–2020	573	Luftambulansetjenesten i Kirkenes og Tromsø	Ja
2019–2020	575	Beredskapsmodell for norsk produksjon av legemidler	Ja
2019–2020	577	Sykehuset i Kirkenes – intensivvirksomhet nivå 2	Ja
2019–2020	581	Gjennomgang av helselovgivningen jf. FNs barnekonvensjon	Ja
2019–2020	611	Utredning av markedet for genetisk selvtesting	Nei
2019–2020	612	Forbud genetisk testing av barn	Nei
2019–2020	616	Preimplantasjonsdiagnostikk	Nei
2019–2020	617	Svangerskap – ultralyd med tilleggsundersøkelser	Nei
2019–2020	619	NIPT til alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk	Ja
2018–2019	20	Styrking av norsk tannhelse	Nei
2018–2019	25	Ensomhet inn i folkehelseloven § 7	Nei
2018–2019	39	Forslag om merking av alkoholholdig drikk	Nei
2018–2019	44	Innføring av merking av alkoholholdig drikk	Nei

Tabell 3.1 Oversikt over anmodnings- og utredningsvedtak, ordnet etter sesjon og nummer.

Sesjon	Vedtaks nr.	Stikkord	Rapportering avsluttes (Ja/Nei) i Prop. 1 S (2022–2023)
2018–2019	82	Ideelle organisasjoners pensjonskostnader	Nei
2018–2019	87	Utredning av BPA-ordningen	Ja
2018–2019	93	Årsmeldingen for 2017 fra Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter	Nei
2017–2018	468	Legevakt- og fastlegeordningen	Nei
2017–2018	469	Evalueringsordningen	Ja
2017–2018	615	Regelverket for pasientreiser	Nei
2017–2018	625	Styringen av helsevesenet	Nei
2017–2018	634	Evalueringsordningen	Ja
2017–2018	753	Fødselsomsorg	Nei
2017–2018	915	Tobakksskadeloven	Nei
2016–2017	847	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Ja
2016–2017	848	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Ja
2016–2017	849	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Ja
2016–2017	850	Tannhelsetjeneste og kommunalt ansvar	Ja
2015–2016	627	Prevensjon til rusavhengige	Nei

Stortingssesjon (2021–2022)

Utredning av status for tannhelsetjenestene i Norge
Vedtaks nr. 35, punkt 51, 18. januar 2022

«Stortinget ber regjeringen sette i gang en utredning av status for tannhelsetjenestene i Norge, herunder sosiale og geografiske forskjeller i bruk og tilgang, årsaker til forskjeller, forholdet mellom tilbud i privat og offentlig regi, samt forskjeller i priser og behandling.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022), jf. Innst. 2 S (2021–2022).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i statsråd 12. august 2022 ble nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsefeltet. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av juni 2024. Det vises til omtale på kap. 770.

Nedsettelse av utvalg for tannhelsetjenestene

Vedtaks nr. 35, punkt 52, 18. januar 2022

«Stortinget ber regjeringen sette ned et utvalg som skal komme med forslag som skal sikre at tannhelsetjenestene blir likestilt med andre helse-tjenester, herunder modeller for egenandelstak.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022), jf. Innst. 2 S (2021–2022).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i statsråd 12. august 2022 ble nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsefeltet. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av juni 2024. Det vises til omtale på kap. 770.

Kostnader kommunal sektor – KS

Vedtaks nr. 87, 14. desember 2021

«Stortinget ber regjeringen om at de årlige endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen med KS.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 3 L (2021–2022), jf. Innst. 47 L (2021–2022). Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med KS laget et årshjul for samarbeidet som tar hensyn til at de årlige endringene skal drøftes i konsultasjonsordningen. Videre har Direktoratet for e-helse i tildelingsbrevet for 2022 fått i oppdrag å legge opp et årshjul som bidrar til forankringsprosesser mellom regjeringen og KS for saker som er relevant for utviklingen innen e-helseområdet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 701, post 21.

Investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje

Vedtak nr. 88, 14. desember 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, skal synliggjøres og behandles i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 3 L (2021–2022), jf. Innst. 47 L (2021–2022). Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrevet for 2022 fått i oppdrag å sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, synliggjøres og behandles i den nasjonale rådsmodellen (tidligere styringsmodellen). I tillegg skal direktoratet sørge for at det gjøres en konkret vurdering av om kostnadene faller innenfor plikten til betaling, krever lov eller forskriftsendring eller må finansieres på annen måte.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til omtale under kap. 701, post 21.

Evaluering av prismodell for nasjonale e-helseløsninger

Vedtak nr. 89, 14. desember 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024, og at kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 3 L (2021–2022), jf. Innst. 47 L (2021–2022). Anmod-

ningsvedtaket følges opp gjennom oppdrag til Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse. Norsk helsenett har lagt fram forslag til hvordan evaluering og justering av prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal gjennomføres og forberede for gjennomføring. Direktoratet for e-helse bistår Norsk helsenett i arbeidet. Evaluering og justering av prismodellene skal behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger (TBU), i den nasjonale rådsmodellen for e-helse og drøftes i politiske konsultasjoner med KS. Norsk helsenett har startet arbeidet med sikte på gjennomføring av justeringer i prismodellene fra 1. januar 2024.

Overgangsordning for autorisasjon av paramedisinere

Vedtak nr. 416, 8. mars 2022

«Stortinget ber regjeringen vurdere en overgangsordning som kan gi ambulansearbeidere og sykepleiere med Nasjonal paramedic-etterutdanning mulighet til å bli autorisert som paramedisiner etter søknad.»

Vedtaket ble truffet ved Stortinget behandling av Prop. 236 L (2020–2021), jf. Innst. 170 L (2021–2022).

Helse- og omsorgsdepartementet følger opp vedtaket i samarbeid med Kunnskapsdepartementet.

Avklaring knyttet til Register for utøvere av alternativ behandling

Vedtak nr. 417, 8. mars 2022

«Stortinget ber regjeringen avklare hvilke av tjenestetilbyderne som er registrert i Registeret for utøvere av alternativ behandling, som kan anses å yte helsehjelp, og komme tilbake til Stortinget med en helhetlig gjennomgang av ordningene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av helsepersonell, herunder en vurdering av hvilke grupper som skal omfattes av disse ordningene og få fritak fra merverdiavgiftsloven, så snart som mulig.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av lovforslag om endringer i helsepersonelloven (autorisasjon av naprapater, osteopater og paramedisinere). Endringene i loven omfatter etter Stortingets behandling også manuellterapeuter.

Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp gjeldende anmodningsvedtak i stortingsmeldingen Nasjonal helse- og samhandlingsplan som det tas sikte på at fremlegges høsten 2023.

Sikring av helsefaglig oppfølging etter fødsel med hjemmebesøk

Vedtak nr. 516, 3. mai 2022

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med det varslede arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan og helhetlig gjennomgang av føde- og barseltilbudet, sikre kvinner nødvendig helsefaglig oppfølging etter fødsel, herunder hjemmebesøk.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om oppfølging av vedtaket i forbindelse med arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Lovfesting av rett til selvvalgt støtteperson gjennom graviditet og fødsel

Vedtak nr. 517, 3. mai 2022

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å lovfeste retten til å ha med en støtteperson som mor velger, under svangerskap og i fødsel og i barsel.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Oppfølging og hjelpeapparat for forebygging av fødselsdepresjon

Vedtak nr. 518, 3. mai 2022

«Stortinget ber regjeringen sikre bedre oppfølging og hjelpeapparat i forbindelse med svangerskap og barsel for å forebygge og behandle fødselsdepresjon.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om oppfølging av vedtaket i forbindelse med arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan og den kommende opptrappingsplanen for psykisk helse. Den varslede opptrappingsplanen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil bl.a. inngå i disse arbeidene

Behandlingscenter for alvorlig fødselsdepresjon tilrettelagt mor med barn

Vedtak nr. 519, 3. mai 2022

«Stortinget ber regjeringen utrede behovet for behandlingssenter hvor mor kan være sammen med barnet ved alvorlig fødselsdepresjon.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022). Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede om det er behov for å styrke forebygging og behandling ved ulike alvorlighetsgrader av fødselsdepresjon, og hvordan dette kan innrettes og organiseres.

Rettighetsfesting av hjemmebesøk av jordmor

Vedtak nr. 520, 3. mai 2022

«Stortinget ber regjeringen rettighetsfeste hjemmebesøk av jordmor innen én uke etter fødsel.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022).

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om oppfølging av vedtaket i forbindelse med arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan og den kommende opptrappingsplanen for psykisk helse.

Utredning av spesialistforskriften

Vedtak nr. 561, 24. mai 2022

«Stortinget ber regjeringen så raskt som mulig utrede å endre spesialistforskriften § 18 første ledd for å åpne for at leger som har gjennomført praktisk tjeneste i et annet EU-/EØS-land, etter søknad og konkret vurdering av læringsmål kan få godkjent hele eller deler av den praktiske tjenesten som LIS1-tjeneste, samtidig som LIS1-ordningen sikres og opprettholdes. Regjeringen bes komme tilbake til Stortinget på egnet måte innen utgangen av 2022.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:98 S (2021–2022) og Dokument 8:128 S (2021–2022), jf. Innst. 297 S (2021–2022). Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede saken helhetlig og i henhold til Stortingets vedtak. Som grunnlag inngår rapporter og annet materiale som Helsedirektoratet har utarbeidet om den første delen av

legenes spesialistutdanning (LIS1). I tillegg vil ulike regelverk være relevante, herunder spesialistforskriften, EØS-regelverket og regelverk om krav til kompetanse for leger som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Saken vil bli utredet i lys av behovet for leger, særlig i distriktene. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Helsehjelp og psykologisk oppfølging av ukrainske flyktninger

Vedtak nr. 570, 24. mai 2022

«Stortinget ber regjeringen sikre at helsetjenestene er beredt til å ta imot ukrainske flyktninger med kollektiv beskyttelse og gi de som trenger det, helsehjelp og tilbud om psykologisk oppfølging, og gi sikkerhet for at ekstraordinære kostnader knyttet til dette vil bli kompensert.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:147 S (2021–2022), jf. Innst. 292 S (2021–2022).

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at personer fordrevet fra Ukraina som har midlertidig kollektiv beskyttelse og asylsøkere i Norge har samme rett til helsetjenester som resten av Norges befolkning. Helse- og omsorgsdepartementet har siden krigsutbruddet fulgt situasjonen med økte ankomster av personer fra Ukraina nøye, bl.a. for å følge med på at det er tilstrekkelig kapasitet i helse- og omsorgstjenesten som følge av økte ankomster. Det har vært tett kontakt mellom helsemyndighetene og statsforvaltere og kommuner for å vurdere tiltak som kan avlaste eller øke kapasiteten i helsetjenesten. Kommunene har i hovedsak meldt om at kapasiteten i helsetjenesten jevnt over er god, samtidig rapporterer mange kommuner, særlig de som har mottak, om press på fastlegetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykososial oppfølging. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 78 S (2021–2022), jf. Innst. 270 S (2021–2022) ble det bevilget 15 mill. kroner til å styrke psykososial beredskap. Dette har skjedd gjennom en midlertidig økning til relevante kompetansesentre og gjennom å opprette en rammeavtale som kan sikre kommunene praktisk psykososial bistand ved kriser og katastrofer.

De regionale helseforetakene ble bedt om å forberede seg på en stor flyktningetilstrømming fra Ukraina, og i den forbindelse bl.a. sikre stor nok kapasitet til tuberkulosescreening. Her er det gjennomført tiltak for å øke kapasiteten. I tillegg har de regionale helseforetakene etablert en

nasjonal og regional koordinering av mottak av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina som befinner seg i nabolandene. Det lagt til grunn at kostnadene for behandling av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina vil bli dekket. Videre vil det bli vurdert om det er behov for å kompensere spesialisthelsetjenesten for ekstrabelastningen som følge av den økte flyktningetilstrømmingen.

Anmodningsvedtaket anses som kvittert ut. Det vises til omtale på kap. 762.

Døgnbehandling for psykisk syke barn

Vedtak nr. 641, 2. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle psykisk syke barn og unge under 13 år som har behov for det, får tilgang på døgnbehandling både på ukedager og i helgene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8: 166 S, jf. Innst. 426 S (2021–2022).

Flere barn og unge henvises til BUP og mange henvises med mer alvorlige lidelser enn tidligere. Noen vil i perioder ha behov for døgnbehandling. Det er innhentet status fra de regionale helseforetakene, som viser at alle helseforetak har tilgang til døgnbehandling for barn og unge med psykiske lidelser under 13 år hele uken og hele året, og at det gjennomføres tiltak for å øke kapasiteten.

De regionale helseforetakene er bedt om å prioritere tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser. I oppdragsdokumentet for 2022 er det innført mål om å styrke tilbudet for bl.a. barn og unge, samt stilt krav om at aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021 både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet. I revidert oppdragsdokument fra juni 2022 er RHF bedt om å prioritere tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser gjennom å videreutvikle og styrke tilbudet for barn, unge og unge voksne. Det vises også til at regjeringen har styrket budsjettet for 2022 til kommunene og spesialisthelsetjenesten, bl.a. for å legge til rette for at barn og unge skal få den hjelpen de trenger. I 2023 skal 150 millioner kroner av den økte grunnfinansieringen til sykehusene gå til døgnbehandling innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne.

Gjennom den kommende opptrappingsplanen for psykisk helse skal man styrke kapasitet og kvalitet i hele tjenesten, øke fokuset på forebygging, gjøre hjelpen mer tilgjengelig og bedre tilbudet til dem med sammensatte behov. Som innspill til planen er de regionale helseforetakene bedt om å

gjøre en fornyet helhetlig analyse og framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, og på bakgrunn av dette foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen disse to fagområdene. De skal også vurdere hvordan BUP, i samarbeid med kommunene, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på en egnet måte med forslag til ny opptrappingsplan.

Anmodningsvedtaket anses som kvittert ut.

Handlingsplan for reduksjon av ensomhet

Vedtaket nr. 762, 10. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en handlingsplan for å redusere ensomhet og etablere verktøy for å måle forekomsten av ensomhet.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:219 S (2021–2022), jf. Innst. 357 S (2021–2022). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Styrking av forskning på ensomhet

Vedtaket nr. 763, 10. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen styrke forskning på ensomhet og øke kunnskapen om tiltak som motvirker ensomhet.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:219 S (2021–2022), jf. Innst. 357 S (2021–2022). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Styrking av samarbeid for forebygging av ensomhet

Vedtaket nr. 764, 10. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen styrke samarbeidet mellom det offentlige, næringslivet, arbeidslivet og frivillige lag og organisasjoner for å forebygge ensomhet.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:219 S (2021–2022), jf. Innst. 357 S (2021–2022). Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Gjennomgang av unntaksordning i Nye metoder

Vedtaket nr. 765, 10. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen følge anbefalingen fra Proba om å gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen og å komme tilbake til Stortinget med en drøfting av unntaksordningen og praktiseringen av den i den varslede stortingsmeldingen om prioritering.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:233 S (2021–2022) Representantforslag om å gi raskere tilgang til medisiner for norske pasienter, jf. Innst. 359 S (2021–2022). Anmodningsvedtaket ansees som fulgt opp ved at det er gitt følgende oppdrag til de regionale helseforetakene i revidert oppdragsdokument 2022:

«De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Vest RHF, gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen i system for Nye metoder. De regionale helseforetakene skal herunder vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018–2019) og undersøke variasjon i praktiseringen av unntak for enkeltpasienter. Arbeidet skal vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen. Gjennomgangen skal også vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel compassionate use program, godkjenningssfritak eller kliniske studier.»

Helse- og omsorgsdepartementet vil motta rapportering på oppdraget i årlig melding 2023. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med en drøfting av unntaksordningen og praktiseringen av den i den varslede stortingsmelding om prioritering i 2024.

Redegjøre for oppfølging av evaluering av Nye metoder

Vedtaket nr. 766, 10. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2023 gi en redegjørelse for hvordan evalueringen av systemet for Nye metoder er fulgt opp, inkludert tiltak for å få saksbehandlingstiden ned, sikre tillit til systemet og gi brukere og fagfolk en sterkere stemme.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:233 S (2021–2022) Representantforslag om å gi raskere tilgang til medisiner for nor-

ske pasienter, jf. Innst. 359 S (2021–2022). Anmodningsvedtaket ansees som fulgt opp ved at det er gjort rede for oppfølging av evaluering av Nye metoder i kapittel 12 i Prop. 1 S (2022–2023).

Helsetjenester Trandum

Vedtak nr. 831, 17. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen sikre at helsetjenesten på Politiets utlendingsinternat, Trandum, legges under den offentlige helsetjenesten og at beslutningen om dette tas i løpet av 2022 slik at overføringen kan gjennomføres senest 1. juli 2023.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 2 (2021–2022), jf. Innst. 450 S (2021–2022). Ansvar for oppfølging av anmodningsvedtaket ligger hos Justis- og beredskapsdepartementet. Det vises derfor til omtale i Justis- og beredskapsdepartementets Prop. 1 S (2022–2023).

Fylkeskommunens plikt til å tilby tannhelsetjenester

Vedtak nr. 832, 17. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen fremme nødvendige lovforslag som utvider det lovfestede omfanget av fylkeskommunens plikt til å tilby tannhelsetjenester til å omfatte 21- og 22-åringer, samt forskriftsfeste retten til redusert betaling for disse årskullene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 2 (2021–2022), jf. Innst. 450 S (2021–2022).

I statsråd 12. august 2022 ble det nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsefeltet. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av juni 2024. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

Stortingssesjon (2020–2021)

Økonomiske modeller for utvikling av nye, virksomme antibiotika

Vedtak nr. 5, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen utarbeide forslag til økonomiske modeller for utvikling av nye, virksomme antibiotika som premierer medikamentutvikling, ikke salg og bruk, der både belønningsmekanismer og avgift/skatt vurderes som virkemiddel.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med trontaledebatten 6. oktober 2020.

Regjeringen har i Hurdalsplattformen sagt at den ønsker å utvikle en ny strategi for bekjempelse av antibiotikaresistens og vil i den anledning komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Lovendring om mennesker på sykehjem mot deres egen vilje

Vedtak nr. 9, 6. oktober 2020

«Stortinget ber regjeringen fremme nødvendig lovendring som slår fast at ingen kommuner kan plassere mennesker mellom 0 og femti år, på sykehjem mot deres egen vilje. For barn vil det være nærmeste pårørendes vilje som må gjelde.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Hans Majestet Kongens tale til det 165. storting ved dets åpning og melding om Noregs rikes tilstand og styring (trontaledebatt).

Arbeidet med å følge opp vedtaket har reist flere prinsipielle spørsmål, og arbeidet har derfor vært mer tidkrevende enn antatt. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å sende et lovforslag på høring høsten 2022.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Helhetlig revisjon av smittevernloven

Vedtak nr. 84, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig revisjon av smittevernloven etter at koronakommisjonen har levert sin rapport.»

Vedtaket er truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:109 S (2019–2020), jf. Innst. 56 S (2020–2021)

Arbeidet har blitt forsinket som følge av arbeid med håndtering av koronapandemien. Oppfølging av vedtaket må også sees i sammenheng med at regjeringen 29. april 2022 nedsatte et uavhengig utvalg som skal evaluere myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien samlet sett, og i tillegg evaluere omikronhåndteringen i perioden fra 1. november 2021 til tentativt 1. mai 2022. Utvalget skal levere sin rapport til statsministeren innen utgangen av mai 2023 og skal i sitt arbeid se hen til de to delrapportene som koronakommisjonen avga hhv. 14. april 2021 (NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*) og 26. april

2022 (NOU 2022: 5 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*).

Oppfølging av vedtaket må også sees i sammenheng med regjeringens pågående arbeid med stortingsmelding om folkehelsepolitikken og stortingsmelding om helseberedskap, samt igangsatt gjennomgang av organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med oppfølging av anmodningsvedtaket på egnet måte.

Gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling

Vedtak nr. 96, 17. november 2020

«Stortinget ber regjeringen om en helhetlig gjennomgang av folketrygdens refusjonsordning for tannbehandling. Stortinget ber om forslag til forbedring og forenkling av ordningene, og spesielt § 22-15 a om tilbakekreving av utbetaling etter direkteoppgjørsordningen. Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med dette før oktober 2021.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 121 L (2019–2020) *Endringer i folketrygdloven (krav til direkte oppgjør)*, jf. Innst. 72 L (2020–2021) og Lovvedtak 20 (2020–2021).

Kontroll- og konstitusjonskomiteen merket seg i Innst. 141 S (2021–2022) at det ikke er gjort noen helhetlig gjennomgang, og at rapporteringen derfor ikke kan avsluttes.

I statsråd 12. august 2022 ble det nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsefeltet. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av juni 2024. Oppfølging av vedtaket må også sees i sammenheng med regjeringens pågående arbeid med stortingsmelding om folkehelsepolitikken og stortingsmelding om helseberedskap, samt igangsatt gjennomgang av organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte etter at utvalget har levert.

Hospice Malvik og Barnehospice Kristiansand

Vedtak nr. 153, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen øremerke 30 millioner kroner til Hospice Malvik og 30 millioner kroner til barnehospice i Kristiansand også hele pilotperioden.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av behandlingen av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 2 S (2020–2021).

Lukas stiftelsens hospice i Malvik og Foreningen for barnepalliasjon sitt barnehospice i Kristiansand har mottatt øremerket tilskudd til etablering og drift over flere år. I statsbudsjettet for 2022, jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det øremerket 30,8 mill. kroner til Hospice Malvik og 30,8 mill. kr til Barnehospice i Kristiansand. Regjeringen vil øke likebehandlingen av tilskuddssøkere og som en del av områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2, foreslås det å avvikle en rekke tilskudd øremerket til navngitte mottakere i 2023, inkludert tilskuddene til Barnehospice i Kristiansand og Lukas hospice Malvik. Samtidig foreslås det å styrke det søkbare tilskuddet til etablering og drift av lindrende enheter som drives etter hospicefilosofien på posten med 33,3 mill. kroner, til 51,6 mill. kroner i 2023. Forslaget er en del av og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2

Lindrende behandling og omsorg er en del av både RHF-ene og kommunenes lovpålagte ansvar. Frittstående hospice er tilbud på siden av de ordinære helse- og omsorgstjenestene og kan bidra til skjevfordeling av tjenestene ved at det er lettere å benytte seg av tilbudet for de som hører til i den aktuelle regionen. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag i å gjennomgå status for etableringen av barnepalliative team og vurdere behovet for ytterligere etablering og styrking av barnepalliative team. Sykehusene fikk oppdrag om å etablere regionale barnepalliative team i 2020 i samarbeid med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge, og er i gang med dette.

Regjeringen foreslår at vedtak nr. 153 oppheves, jf. forslag til romertallsvedtak.

Sykehusenes intensivkapasitet og beredskap i etterkant av covid-19-pandemien

Vedtak nr. 229, 11. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle forhold rundt sykehusenes intensivkapasitet og beredskap i etterkant av covid-19-pandemien, herunder også de private, slik at helsetjenesten er forberedt på krisesituasjoner som innebærer økt pasienttilstrømning.»

Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandlingen av representantforslag Dokument 8:144 S

(2019–2020) om å styrke norsk intensivkapasitet, jf. Innst. 144 S (2020–2021).

I oppdragsdokument for 2022 ble de regionale helseforetakene bedt om å ta stilling til behovet for økning i intensivkapasitet i hver region og nasjonalt, og vurdere tiltak på kort og lang sikt. De regionale helseforetakene ble særlig bedt om å vurdere personellbehov og kompetansehevede tiltak for å skape fleksibilitet i behandlingsskapasiteten og for å avlaste intensivavdelingene. Dette oppdraget må sees i sammenheng med oppdraget i oppdragsdokument for 2021 om å utrede det fremtidige behovet for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene leverte en statusrapport 15. juni 2022 knyttet til disse oppdragene, hvor man var kommet til enighet rundt felles definisjoner av ulike sengekategorier, og det ble beskrevet ulike tiltak for å møte et eventuelt behov for økt intensivkapasitet på kort sikt, med bl.a. tiltak innen bemanning, kompetanse, areal, utstyr og organisering av behandlingstilbudet.

De regionale helseforetakene vil gjennomføre prosesser og prosjekter i regionalt for å følge opp oppdraget videre. Regjeringen vil derfor komme tilbake til Stortinget om saken på egnet måte.

Alternative behandlere – fritak fra merverdiavgiftsloven

Vedtak nr. 328, 18. desember 2020.

«Stortinget ber regjeringen utrede hvorvidt noen av medlemmene i de organisasjoner som i dag er registrert i registeret for alternative behandlere, kan anses å yte helsehjelp, og komme tilbake til Stortinget med nødvendige endringer som gjør det mulig for disse å få fritak fra merverdiavgiftsloven.»

Vedtaket er truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 LS (2020–2021) og regjeringens forslag om å oppheve merverdiavgiftsloven § 3-3 om avgiftsunntak for alternativ behandling som ytes av utøvere som er registrert i Register for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene, jf. Innst. 4 L (2020–2021).

Oppfølgingen av vedtaket har blitt forsinket, hovedsakelig på grunn av pandemisituasjonen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte, men viser imidlertid til at Stortinget har vedtatt endringer i helsepersonelloven som innebærer at naprapater, manuellterapeuter og osteopater ble omfattet av autorisasjonsordningen i helsepersonelloven fra 1. mai 2022.

Planlegging og evaluering av nye sykehusbygg

Vedtak nr. 604, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at ansatte involveres i planlegging og evaluering av nye sykehusbygg.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:147 S (2020–2021), jf. Innst. 205 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp i foretaksmøte i de regionale helseforetakene 15. juni 2021. Her ble de regionale helseforetakene bedt om å rapportere på hvilke rutiner og prosesser som foreligger for å involvere de ansatte i planlegging og evaluering av nye sykehusbygg i årlig melding for 2021. De regionale helseforetakene rapporterte i årlig melding for 2021 på kravet som var stilt i foretaksmøtet 15. juni 2021. Rapporteringen viser at de ansatte er involvert i stor grad i planlegging, gjennomføring og evaluering av nye sykehusbygg.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

Utredning av endringer i innkjøpsforskriften for Vinmonopolet

Vedtak nr. 607, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede endringer i innkjøpsforskriften for Vinmonopolet med sikte på å øke utvalget av lokalproduserte varer ved hvert enkelt utsalg. Utgangspunktet kan være modellen til Systembolaget i Sverige, men kriteriene må tilpasses norske forhold, og de må være objektive.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:54 S (2020–2021), jf. Innst. 206 S (2020–2021). Det er innhentet informasjon fra Vinmonopolet om innkjøpssystemet. Utredningen er under arbeid i departementet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Voksenvaksinasjonsprogram

Vedtak nr. 645, 18. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen utrede hvordan et voksenvaksinasjonsprogram kan gjennomføres, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Vedtak 645 og 646 ble truffet under behandlingen av Dokument 8:146 S (2019–2020), jf. Innst. 211 S

(2020–2021). Arbeidet er forsinket som følge av koronapandemien. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Automatisk informasjonsordning

Vedtak nr. 646, 18. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen vurdere muligheten for å etablere en automatisk informasjonsordning til innbyggere om når det er behov for påfyllingsvaksine mot difteri, stivkrampe og kikhoste. Denne tjenesten kan organiseres som en del av helsenorge.no og også innebære mulighet for å avregistrere seg fra en slik ordning.»

Vedtak 645 og 646 ble truffet under behandlingen av Dokument 146 S (2019–2020), jf. Innst. 211 S (2020–2021). Arbeidet er forsinket som følge av koronapandemien. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Sikring av fortsatt drift av fødeavdelingen i Kristiansund

Vedtak nr. 650, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen instruere Helse Midt-Norge RHF om å sikre fortsatt drift av fødeavdelingen i Kristiansund i tråd med Stortingets vedtak nr. 574 (2019–2020).»

Vedtak 650 og 651 ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:7 S (2020–2021), jf. Innst. 217 S (2020–2021).

Vedtakene ble fulgt opp i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 8. mars 2021. Videre ble det også stilt krav i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2022 knyttet til vedtakene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

Drift av fødeavdelingen i Kristiansund

Vedtak nr. 651, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen snarest sørge for at Helse Møre og Romsdal HF tilføres de nødvendige faglige og økonomiske ressursene til å sikre forsvarlig drift av fødeavdelingen i Kristiansund, og informere Stortinget på egnet måte.»

Vedtak 650 og 651 ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:7 S (2020–2021), jf. Innst. 217 S (2020–2021).

Vedtakene ble fulgt opp i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 8. mars 2021. Videre ble det også stilt krav i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2022 knyttet til vedtakene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

Botilbud for personer som har kommet ut av aktiv rus

Vedtak nr. 692, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at personer som har kommet ut av aktiv rus, sikres et botilbud der man ikke plasseres sammen med personer som fortsatt er i aktiv rus.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:49 S (2020–2021), Innst. 235 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom regjeringens arbeid med stortingsmeldingen om en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, se omtale under kap. 765. Vedtaket sees i sammenheng med det tverrsektorielle boligsosiale arbeidet som følger av Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021–2024). Strategien varsler flere tiltak for å styrke bo- og tjenestetilbudet til personer med rus- og psykiske lidelser. Det vises også til Prop. 132 L (2021–2022) Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Finansieringsordning innen rusfeltet

Vedtak nr. 693, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til en forbedret og mer rettferdig finansieringsordning for de heldøgns omsorgs- og rehabiliteringstilbudene innen rusfeltet som ikke er å anse som en del av spesialisthelsetjenesten.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:49 S (2020–2021), Innst. 235 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom regjeringens arbeid med stortingsmeldingen om en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, se omtale under kap. 765. Behovet for, og eventuell innretning og finansiering av heldøgns omsorgs- og rehabiliteringstilbud utenfor spesialisthelsetjenesten, vil bli vurdert i stortingsmeldingen. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

Levekårsundersøkelse for personer med alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)

Vedtak nr. 694, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa gjennomføre ei levekårsundersøking for personar med alvorleg ruslidning og psykisk lidning (ROP) med utgangspunkt i evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:130 S (2019–2020), jf. Innst. 243 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom oppdrag til Helsedirektoratet i 2022 om å vurdere om kunnskapsgrunnlaget om gruppens levekårsutfordringer anses tilstrekkelig eller om det foreligger behov for ytterligere studier eller undersøkelser før relevante tiltak og tilbud kan iverksettes. Det foreligger allerede god dokumentasjon, bl.a. gjennom Brukerplan kartlegginger, om målgruppens levekår. Helsedirektoratets konkluderer med at det ikke er behov for ytterligere kunnskapsinnhenting om målgruppens levekår før tiltak kan utvikles og iverksettes. Det vises i den sammenheng til regjeringens Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, Opptrappingsplan psykisk helse, se omtale under kap. 765, samt Nasjonal strategi for den boligsosiale politikken (2021–2024), for utvikling av tilbud og tjenester til personer med samtidige rus- og psykiske lidelser.

Helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud

Vedtak nr. 702, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa fremme forslag om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav a, slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, barn ikke bosettes i sykehjem i strid med familiens ønske og barnets beste, samt pasienter mellom 18–49 år ikke bosettes i sykehjem i strid med eget eller vergens ønske.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:16 S (2020–2021), jf. Innst. 242 S (2020–2021).

Arbeidet med å følge opp vedtaket har reist flere prinsipielle spørsmål, og arbeidet har derfor vært mer tidkrevende enn antatt. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å sende et lovforslag på høring høsten 2022.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Responstider, kompetanse og akuttmedisinsk utstyr

Vedtak nr. 726, 2. mars 2021

«Stortinget ber regjeringa forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten og sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og på ambulansebasene.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 5 (2020–2021), jf. Innst. 275 S (2020–2021).

Vedtaket blir fulgt opp med oppdrag til Helsedirektoratet om å vurdere forslaget og utrede hvordan forslaget eventuelt kan innføres, slik at departementet får et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Helsedirektoratet skal utrede modeller for hvordan forskriftsfesting av responstid kan innføres og konsekvensene av dette, samt foreslå funksjonskrav for kompetanse og medisinsk utstyr. Frist for oppdraget er utgangen av 2022. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Norges tilgang til produksjonskapasitet for kritisk medisinsk utstyr

Vedtak nr. 727, 11. mars 2021

«Stortinget ber regjeringa sikre at Norge har tilgang til produksjonskapasitet for kritisk medisinsk utstyr, herunder gjennom offentlig-private avtaler som raskt kan etablere produksjonslinjer for smittevernustyr og kritiske medikamenter.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 5 (2020–2021), jf. Innst. 275 S (2020–2021).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr og beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er videre fulgt opp ved at de regionale helseforetak på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har utredet tiltak for det permanente nasjonale smittevernlageret hvor det inngår leverandøravtaler og Helsedirektoratets utredning om forskriftsfesting av krav til beredskap for smittevernustyr og personlig verneutstyr. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Koronakommisjonen – situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger

Vedtak nr. 876 4. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at Koronakommisjonen gjør en grundig vurdering av situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger under pandemien og fremme forslag til nødvendige tiltak for tilstrekkelig rekruttering og stabilisering i denne delen av tjenesten.»

Vedtak 876 ble truffet under behandlingen av statsministerens redegjørelse holdt den 26. april 2021 om Koronakommisjonens rapport.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å gi innspill om videreutvikling av kommunelegefunksjonen. Ev. tiltak blir omtalt i folkehelsemeldingen og helseberedskapsmeldingen som planlegges å legges frem for stortinget våren 2023.

Nasjonal produksjon og beredskap for kritisk viktig smittevernustyr

Vedtak nr. 889, 11. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen gjennom dialog med potensielle norske produsenter sikre en nasjonal produksjon og beredskap for kritisk viktig smittevernustyr.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:124 S (2020–2021), jf. Innst. 363 S (2020–2021).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at de regionale helseforetak på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har utredet tiltak for det permanente nasjonale smittevernlageret hvor det inngår leverandøravtaler og Helsedirektoratets utredning om forskriftsfesting av krav til beredskap for smittevernustyr og personlig verneustyr. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Beredskapsavtaler for norsk produksjon av legemidler

Vedtak nr. 963, 20. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen umiddelbart gå i dialog med relevante produksjonsmiljøer med sikte på å inngå beredskapsavtaler for norsk produksjon av viktige legemidler.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:171 S (2020–2021), jf. Innst. 405 S (2020–2021).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom bl.a. Legemiddelverkets kartlegging av produksjonskapasitet våren 2020. Denne viste at det kun var mulig å egenprodusere noen få legemidler. Som oppfølging ble det kjøpt inn virkestoff for enkelte kritiske intensivlegemidler, jf. også omtale av vedtak nr. 575 av 14. mai 2020. Det vises videre til departementets forslag om å opprette et Nasjonalt legemiddelberedskapsråd. Nasjonalt legemiddelberedskapsråd skal gi faglige anbefalinger i legemiddelberedskapsspørsmål og sikre større grad av samhandling mellom både etatene og primær- og spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt legemiddelberedskapsråd vil gi faglige råd som vil være del av grunnlaget for beslutninger i etatene og virksomhetene med ansvar for legemiddelberedskapen. Dette inkluderer også faglige anbefalinger om innkjøp og lagring av virkestoff, herunder ev. kriseproduksjon.

Innkjøp av legemidler til norsk helsetjeneste må i utgangpunktet gjennomføres etter regelverk for offentlige anskaffelser, herunder også prinsippet om ikke-diskriminering på grunnlag av nasjonalitet. Forbudet mot diskriminering innebærer at en oppdragsgiver ikke kan fastsette krav eller kriterier, eller foreta handlinger eller unnløtelser, som gjør at utenlandske leverandører diskrimineres og/eller at norske leverandører favoriseres. Både direkte diskriminering og indirekte diskriminering er forbudt. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Eldrevoldssaker – nasjonale retningslinjer

Vedtak nr. 986, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen etablere nasjonale retningslinjer for utredning og håndtering av eldrevoldssaker.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8: 218 S (2020–2021), jf. Innst. 485 S (2020–2021). Helse- og omsorgsdepartementet følger opp anmodningsvedtaket gjennom gitt oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede ev. etablering av nasjonale faglige retningslinjer eller vurdere andre normerende virkemidler for utredning og håndtering av eldrevoldssaker. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Eldrevoldssaker – meldeplikt

Vedtak nr. 987, 25. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen etablere meldeplikt til tilsynsmyndighetene når det er grunn til å tro at eldre blir utsatt for vold og overgrep.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:218 S (2020–2021), jf. Innst. 485 S (2020–2021). Helse- og omsorgsdepartementet følger opp anmodningsvedtaket gjennom gitt oppdrag til Helsedirektoratet om å gjennomgå dagens virkemidler og prosedyrer for utredning og håndtering av saker der det er grunn til å tro at eldre blir utsatt for vold og overgrep og vurdere effektive meldesystemer for å ivareta behovet for oppfølging fra tilsynsmyndighetene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Helse-, sosial- og omsorgssektoren – saksbehandling av klager

Vedtak nr. 1105, 2. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at saksbehandlingstiden hos statsforvalteren i klagesaker på helse-, sosial- og omsorgssektoren reduseres. Stortinget orienteres på egnet måte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 25 (2020–2021), jf. Innst. 570 S (2020–2021). Kontroll- og konstitusjonskomiteen merket seg i Innst. 141 S (2021–2022) at Stortinget har behov for et konkret resultat som viser reduksjon i saksbehandlingstiden.

Andmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom ressursrapportering og tall fra NESTOR (nettbasert system for tilsyn og rettighetsaker) som viser at det har vært en økning i andel rettighetsklager behandlet innen tre måneder for sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Videre har antall restanser for rettighetsklager innen helse- og omsorgstjenester blitt redusert i perioden 1. januar 2022 til 30. juni 2022. Det vises til omtale på kap. 762.

Legemiddeloven – narkotika til eget bruk

Vedtak nr. 1114, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen foreslå lovendringer som sørger for at fengsel ikke lenger blir straffereaksjon for brudd på legemiddelovens bestemmelser om bruk og besittelse av narkotika til eget

bruk, herunder også foreslå avbøtende tiltak for konsekvenser av endringer i lov.»

Vedtaket ble truffet ved første behandling av Prop. 92 L (2020–2021), jf. Innst. 612 L (2020–2021)

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom regjeringens arbeid med stortingsmeldingen om en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med forslag knyttet til endringer i legemiddeloven § 31 annet ledd, vedrørende strafferammen for overtredelse av legemiddeloven § 24 første ledd. Regjeringen vil videre vurdere eventuelle avbøtende tiltak for konsekvenser av endringer i legemiddeloven.

Rusfaglig kompetanse i BUP

Vedtak nr. 1120, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) får rusfaglig kompetanse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:119 S (2020–2021), jf. Innst. 578 S (2020–2021).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppdrag til Helsedirektoratet i 2022 om å utrede hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys og beskrive konkrete forslag til styrking av tjenesten. I tillegg vises det til at det enkelte helseforetak har ansvar for tilstrekkelig kunnskap om rusproblematikk hos spesialister i BUP og kompetanse i intervensjoner og behandling. Regjeringen har en målsetning om å utvikle det faglige samarbeidet mellom BUP og TSB, og derved også behandlingstilbudet til unge med skadelig bruk av rusmidler og rusbrukslidelser. I tillegg vil regjeringen legge til rette for å utvikle oppfølgings- og behandlingstilbudet til barn og unge med rusproblemer gjennom den varslede forebyggings- og behandlingsreformen, se omtale under kap. 765. Det vises også til Opptappingsplan psykiske helse, se nærmere omtale under kap. 765. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Ettervernsreform for rusavhengige

Vedtak nr. 1122, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en ettervernsreform der rusavhengige blir fulgt opp på en systematisk måte etter behandlings- og fengselsopphold, herunder

sikre boforhold og oppfølging som forebygger at de faller tilbake til rusmiljøet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:119 S (2020–2021), jf. Innst. 578 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket følges opp gjennom regjeringens arbeid med stortingsmeldingen om en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, se omtale under kap. 765. Vedtaket sees videre i sammenheng utvikling av behandlingstilbud til innsatte med rusproblematikk og det tverrsektorielle samarbeidet knyttet til løslatelse samt tverrsektorielt samarbeid som følger av Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021–2024) mv. Det vises også til Prop. 132 L (2021–2022) *Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet*. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Bruk av Nalokson

Vedtak nr. 1123, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen vurdere å utvide bruken av Nalokson nesep spray til en nasjonal ordning for å behandle overdoser.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:119 S (2020–2021), jf. Innst. 578 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom at Helsedirektoratet i 2022 fikk i oppdrag å vurdere behovet for utvidelse og innretting av ordningen med nalokson nesep spray, herunder administrative og økonomiske konsekvenser. Eventuelle videre utvidelser av ordningen med nalokson nesep spray vil finansieres gjennom den løpende bevilgningen til arbeidet mot overdoser. Det vises i denne sammenheng også til regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, herunder videre oppfølging av overdosearbeidet. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

Evalueringsav de regionale odontologiske kompetansesentrene

Vedtak nr. 1164, 8. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av de regionale odontologiske kompetansesentrene. Evalueringen må blant annet vurdere hvorvidt man har nådd målet om at sentrene skal bidra til en desentralisering av spesialisert kompetanse på tannhelsefeltet, om innretningen av dagens statlige tilskuddsordning

er riktig, og hvorvidt bruken av disse statlige tilskuddsmidlene bør endres, for bedre å kunne bidra til at man sikrer pasienter tilgang på god spesialisert tannhelsebehandling i hele landet. Resultatet av evalueringen og forslag til tiltak legges fram for Stortinget.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:200 S (2020–2021), jf. Innst. 540 S (2020–2021).

Departementet vil foreta en evaluering av tannhelsetjenestens kompetansesentre i 2022. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

WHO – tilgang til effektive antibiotika

Vedtak 1170, 8. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen inkludere tilgang til effektive antibiotika i arbeidet med å utarbeide en traktat for helseberedskap i regi av WHO. Stortinget ber regjeringen vurdere om antibiotikaresistens egner seg for behandling under denne traktaten, og alternativt komme tilbake til Stortinget med forslag til videre oppfølging av antibiotikaresistens i WHO.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:200 S (2020–2021), jf. Innst. 540 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp bl.a. i forbindelse med oppfølging av Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens. De mellomstatlige diskusjonene om utvikling av et bindende internasjonalt regelverk for helseberedskap, for eksempel en traktat, er fortsatt i startfasen. WHO-sekretariatets anbefalinger om hvilket innhold en avtale bør ha, inkludert om en slik avtale er et egnet verktøy for oppfølging av antibiotikaresistens, vil være en del av grunnlaget for et forslag til avtaletekst. Antibiotikaresistens er et felt hvor internasjonalt samarbeid er avgjørende for mulighetene til å lykkes nasjonalt. Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens skal revideres, og internasjonalt samarbeid vil inngå i en revidert strategi. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Styrket opplæring av elderrådene

Vedtak nr. 1281, 17. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for en styrket opplæring av elderrådene gjennom at det søkes å få til et samarbeid mellom Pensjonistforbundet, KS og Rådet for et aldersvennlig Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 33 (2020–2021) Regulering av pensjoner i 2021 og pensjonisters inntektsforhold, jf. Innst. 665 S (2020–2021).

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Senteret for et aldersvennlig Norge i oppdrag å tilby de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene og andre kommunale folkevalgte og administrative medarbeidere opplæring i eldrerådernes oppgaver og i medvirkningsarbeid for å fremme mer aldersvennlige lokalsamfunn. Oppgaven skal løses i samarbeid med Rådet for et aldersvennlig Norge, herunder med Pensjonistforbundet og KS, og også involvere andre organisasjoner som representerer eldre innbyggere. Senteret har i samarbeid med Pensjonistforbundet og KS regionalt utviklet et opplæringsopplegg som skal testes ut i Vestfold og Telemark høsten 2022 med to kurssamlinger, som skal tilbys både digitalt og med fysisk deltakelse. På bakgrunn av erfaringene skal det ferdigstilles et kursopplegg som kan være landsdekkende og tilbys etter kommunevalg i 2023. Som del av forarbeidet ble det gjennomført en undersøkelse blant medlemmer av eldrerådene som viste at over 50 prosent av de som svarte ikke har fått noe opplæring. Eldrerådene er viktige representanter og talerør for hele eldrebefolkningen, de har en sentral rolle i å bidra til utviklingen av aldersvennlige lokalsamfunn, og som attraktive samarbeidspartnere for kommunens administrative og politiske ledelse. Regjeringen vil derfor bidra til ytterligere styrking av opplæringsstilbud for eldrerådene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Stortingssesjon (2019–2020)

Prøveprosjekt der helsesykepleiere henviser til BUP
Vedtaket nr. 347, 4. februar 2020

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre et prøveprosjekt der helsesykepleiere kan henvise barn og unge til Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 121 S (2018–2019), jf. Innst. 131 S (2019–2020).

Helsedirektoratet har utredet hvordan et slikt prøveprosjekt kan utformes. Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i den kommende opptrappingsplanen for psykisk helse. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Permanent ambulanshelikopter i Kirkenes og jetfly i Tromsø

Vedtaket nr. 573, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for et permanent ambulanshelikopter i Kirkenes og et jetfly stasjonert fast i Tromsø.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 7 (2019–2020), jf. Innst. 255 S (2019–2020).

Helse- og omsorgskomiteen, jf. Innst. 11 S (2020–2021), og Kontroll- og konstitusjonskomiteen, jf. Innst. 580 S (2020–2021), mente begge at vedtaket bare delvis er fulgt opp ettersom jetfly i Tromsø ennå ikke er på plass, og at vedtaket derfor opprettholdes.

Ambulanshelikopter i Kirkenes kom på plass i 2020. Luftambulansetjenesten HF fikk våren 2022 på plass et ambulansjetfly i Tromsø.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

Beredskapsmodell for norsk produksjon av legemidler

Vedtaket nr. 575, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig få på plass en beredskapsmodell for norsk produksjon av viktige legemidler, herunder antibiotika, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 7 (2019–2020), jf. Innst. 255 S (2019–2020).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom flere tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av høsten sende utkast til lov- og forskriftsendringer om den permanente innretningen for legemiddelberedskapskapen på høring. I høringsnotatet foreslås det bl.a. å opprette et Nasjonalt legemiddelberedskapsråd ledet av Helsedirektoratet. Rådet skal ha totaloversikten over nasjonale legemiddelberedskapslagre og sikre tett samhandling på tvers av helsetjenesten. Rådet skal også gi faglige anbefalinger om innkjøp og lagring av virkestoff, herunder ev. kriseproduksjon dersom det vurderes som egnet tiltak for å ivareta tilgangen til enkeltlegemidler. Dette er en vurdering som vil måtte sees i sammenheng med øvrige tiltak, herunder lagervolum, forsyningssituasjonen og ev. felleseuropeiske tiltak. Eksempelvis ble det under pandemien kjøpt inn råstoff for å kunne kriseprodusere

enkelte forsyningskritiske intensivlegemidler, uten at dette viste seg å være nødvendig for å ivareta tilgangen.

Helsedirektoratet har gjennomført en mulighetsstudie for norsk produksjon av antibiotika innenfor en ramme på 15 mill. kroner. Studien viste at tiltaket ville medført betydelige kostnader for staten, med et svært usikkert inntektspotensial og juridisk grunnlag for gjennomførbarhet. Vedtaket er omtalt under kap. 702.

Sykehuset i Kirkenes – intensivvirksomhet nivå 2

Vedtak nr. 577, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen definere sykehuset i Kirkenes som intensivvirksomhet nivå 2.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 7 (2019–2020), jf. Innst. 255 S (2019–2020).

Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom vedtak i foretaksmøtet 10. juni 2020 hvor Helse Nord RHF ble bedt om å vurdere styrevedtaket fra 2008 om nivådeling av intensivavdelingene i regionen på nytt på bakgrunn av erfaringer gjort siden den gang og på bakgrunn av Stortingets anmodningsvedtak, og gjennom Helse Nord RHF's tilbakemelding gjennom deres regionale delrapport om intensivkapasitet fra juni 2022. Det vises til omtale under kap. 732.

Gjennomgang av helselovgivningen jf. FNs barnekonvensjon

Vedtak nr. 581, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå helselovgivningen for å sikre at denne er i tråd med FNs barnekonvensjons prinsipper om barns rett til å bli hørt, beslutninger til barnets beste og barns rett til privatliv.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 7 (2019–2020), jf. Innst. 255 S (2019–2020). Kontroll- og konstitusjonskomiteen opprettholdt vedtaket, jf. Innst. 580 S (2020–2021).

Barnekonvensjonen er inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettsloven § 2 første ledd nr. 4. Ved strid mellom nasjonal rett og barnekonvensjonen med protokoller, vil barnekonvensjonen ha forrang, jf. menneskerettighetsloven § 3. I helse-retten er det kun unntaksvis at enkeltgrupper reguleres særskilt. Som en hovedregel gjelder de

samme overordnede rettighetsbestemmelsene uavhengig av alder, kjønn, etnisitet etc. Likevel er det unntaksvis egne regler for ulike grupper i samfunnet som f.eks. barn. Ett eksempel er kapittel 6 i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer barns særlige rettigheter i helsetjenesten. I de senere år er det også vedtatt endringer i helselovgivningen for å styrke barns rettigheter bl.a. lov om endringer i pasient- og brukerrettighetslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstilling til barn ved yting av helse- og omsorgstjenester). Disse endringene ga barn rett til økt grad av medvirkning og rettigheter når de er pårørende til alvorlig syke søsken eller er etterlatte til foreldre eller søsken. Regjeringens vurdering, er at helselovgivningen er i overenstemmelse med barnekonvensjonens prinsipper om barns rett til å bli hørt, beslutninger til barnets beste og barns rett til privatliv. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Utredning av markedet for genetisk selvtesting

Vedtak 611, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en utredning av markedet for genetisk selvtesting, som skal danne grunnlag for lovregulering av dette markedet. Utredningen må blant annet ivareta hensynet til personvern, retten til egne helsedata og helsekonsekvenser ved villedende testresultater.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020).

På oppdrag fra departementet, har Helsedirektoratet utredet markedet for genetisk selvtesting som beskrevet i dette vedtaket. Utredningen er presentert i rapporten *Regulering av genetiske selvtester. Utredning av markedet for genetiske selvtester og av forslag til lovendringer som sikrer at testing av barn utenfor helsetjenesten blir forbudt. Svar på tilleggsoppdrag nr. 50 til tildelingsbrev for 2020, punkt 2.4.* Rapporten ble levert 17. desember 2021. Utredningen omfatter også forslag til lovendringer som sikrer at testing av barn utenfor helsetjenesten blir forbudt, jf. vedtak 612. Bioteknologirådet og Forbrukerrådet har deltatt i arbeidet, og bl.a. Statens legemiddelverk og Datatilsynet har gitt innspill til arbeidet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forbud genetisk testing av barn

Vedtak nr. 612, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag som sikrer at genetisk testing av barn utenfor helsetjenesten er forbudt.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020).

På oppdrag fra departementet, har Helsedirektoratet utredet markedet for genetisk selvtesting som beskrevet i vedtak 611. Utredningen er presentert i rapporten *Regulering av genetiske selvtester. Utredning av markedet for genetiske selvtester og av forslag til lovendringer som sikrer at testing av barn utenfor helsetjenesten blir forbudt. Svar på tilleggsoppdrag nr. 50 til tildelingsbrev for 2020, punkt 2.4.* Rapporten ble levert 17. desember 2021. Utredningen omfatter også forslag til lovendringer som sikrer at testing av barn utenfor helsetjenesten blir forbudt, jf. vedtak 612. Bioteknologirådet og Forbrukerrådet har deltatt i arbeidet, og bl.a. Statens legemiddelverk og Datatilsynet har gitt innspill til arbeidet.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Preimplantasjonsdiagnostikk

Vedtak nr. 616, 8. juni 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for en gjennomgang av vilkår og retningslinjer for preimplantasjonsdiagnostikk og fosterdiagnostikk, slik at disse kan ses i sammenheng og gi et helhetlig og sammenhengende tilbud for kvinner og familier som har særlig risiko for alvorlig sykdom eller skade hos fosteret. Gjennomgangen skal vektlegge lidelse og tappt livskvalitet ved lindrende og livsforlengende behandling i gjennomgangen av vilkårene for å få innvilget PGD. Regjeringen bes legge frem forslag til de nødvendige lovendringer som følge av denne gjennomgangen.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020).

I Innst. 11 S (2020–2021) merker komiteen seg at tiltaket ikke er utkvittert av regjeringen, og understreker at tilbudet skal være innført innen 1. januar 2021.

På oppdrag fra departementet har Helsedirektoratet gjennomgått vilkårene og retningslinjene

for PGD og fosterdiagnostikk som beskrevet i vedtaket og utredet og foreslått enkelte lovendringer som følge av gjennomgangen. Svar på oppdraget er presentert i rapporten *Et helhetlig og sammenhengende tilbud til kvinner og par som har økt risiko for å få et foster eller barn med en alvorlig, arvelig sykdom eller tilstand. Gjennomgang av vilkår for preimplantasjonsdiagnostikk og genetisk fosterdiagnostikk og forslag til endringer i regelverk. Svar på tilleggsoppdrag nr. 50 til tildelingsbrev for 2020, punkt 2.3.* Rapporten ble levert 17. desember 2021.

Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Svangerskap – ultralyd med tilleggsundersøkelser

Vedtak nr. 617, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at ultralyd med tilleggsundersøkelser som kan avdekke alvorlig sykdom eller skade hos fosteret, blir et tilbud til alle kvinner i første trimester gjennom den offentlige svangerskapsomsorgen.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020). I Innst. 11 S (2020–2021) merker komiteen seg at tiltaket ikke er utkvittert av regjeringen, og understreker at tilbudet skal være tilgjengelig for alle kvinner i første trimester gjennom den offentlige svangerskapsomsorgen innen 1. januar 2021.

Vedtaket er fulgt opp gjennom økning av bevilgningen under kap. 732 i 2022. Tilbudet skal innføres i alle helseforetak i løpet av 2022. I Prop. 1 S (2022–2023) foreslås det bevilget helårsvirkning for tjenestetilbudet. Vedtaket er omtalt under kap. 732.

NIPT til alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk

Vedtak nr. 619, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Non-invasiv prenatal test (NIPT) tilbys alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk, eller ved funn på tidlig ultralyd med tilleggsundersøkelser, uavhengig av kvinnens alder»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020).

I Innst. 11 S (2020–2021) merker komiteen seg at tiltaket ikke er utkvittert av regjeringen, og understreker at tilbudet skal være innført innen 1. januar 2021.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp ved at de regionale helseforetakene har etablert tilbud om NIPT til alle gravide som har krav på fosterdiagnostikk (gravide over 35 år eller som har andre indikasjoner for fosterdiagnostikk).

Stortingssesjon (2018–2019)

Styrking av norsk tannhelse

Vedtak 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*
 - a. 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).

I statsråd 12. august 2022 ble det nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsefeltet. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av juni 2024. Regjeringen kommer tilbake til Stortinget på egnet måte.

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. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med en vurdering i forbindelse med ny folkehelsemelding 2023.

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) om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2018–2019).

I Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025) framgår det at det vil settes i gang en prosess for å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking i Norge. Det ventes at Europakommisjonen fremmer et forslag om felles europeisk regelverk om obligatorisk innholdsmerking, både næringsdeklarasjon og ingrediensliste, innen utgangen av 2022. Tidligere utsendt oppdrag til Mattilsynet om å vurdere et nasjonalt regelverk om dette er utsatt inntil videre, i påvente av forslag om felles europeiske regler. Departementet vil følge opp dette videre og regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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) om en offensiv og solidarisk alkoholpolitikk, jf. Innst. 38 S (2018–2019).

I Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025) framgår det at det vil foreslås innføring av krav til advarselsmerking på alkoholholdig drikk i Norge. Som et ledd i dette arbeidet har Helsedirektoratet levert en utredning om advarselsmerking som alkoholpolitisk virkemiddel, inkludert kunnskaps-gjennomgang og juridiske vurderinger. Departementet vil følge opp dette videre, og 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 deknningen bør gå gjennom å utvide den søknadsbaserte tilskuddsordningen som det er enighet om å etablere i budsjetttavtalen for 2019.»

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

Vedtaket omfatter ideelle organisasjoners arbeid for kommuner og fylkeskommuner over flere år og innenfor ulike sektorer. Anmodningsvedtaket forutsetter et omfattende kartleggingsarbeid når det gjelder i hvor stor grad kommunene og fylkeskommunene allerede har påtatt seg forpliktelser, og i hvilket omfang kommuner og fylkeskommuner i dag står uten ansvar. Arbeidet med utredningen har blitt forsinket som følge av koronasituasjonen både i 2020 og i 2021, men er nå startet opp. 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 av Meld. St. 1 (2018–2019), jf. Innst. 2 S (2018–2019).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom NOU 2021: 11 Selvstyrt er velstyrt, som departementet fikk overlevert 16. desember 2021. Utvalget som står bak utredningen, hadde i oppgave å gjennomgå og foreslå forbedringer i ordningen brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Utredningen har vært på høring og departementet vil ta stilling til videre oppfølging. Det vises til omtale på kap. 761.

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). Kontroll- og konstitusjonskomiteen opprettholdt vedtaket, jf. Innst. 580 S (2020–2021).

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. Dersom ECT uten samtykke skal brukes i nødretts tilfeller, 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. Utvalget har levert et omfattende lovutkast med bl.a. forslag til bestemmelser om elektrokonvulsiv behandling (ECT). Departementet har oppnevnt et ekspertutvalg som skal evaluere lovendringene som innførte manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Tvangslovutvalget foreslo bl.a. en felles mer diagnosenøytral lov om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Utvalget foreslo at manglende samtykkekompetanse skulle være et sentralt vilkår. Det vil bli tatt stilling til hvordan forslagene fra Tvangslovutvalget bør følges opp når resultatet av evalueringen er klar. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Stortingssesjon (2017–2018)

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).

Kontroll- og konstitusjonskomiteen merket seg i Innst. 141 S (2021–2022) at regjeringen har kommet med en handlingsplan, og at denne ikke

er fremmet i Stortinget. Komiteen anser derfor ikke anmodningsvedtaket som utkvittert.

Det er nedsatt et hurtigarbeidende ekspertutvalg som har som formål å utrede hvordan fastlegeordningen kan gjøres mer bærekraftig. Endringer i legevakt for å oppnå redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger er ett av temaene utvalget skal utrede. Utvalget skal levere foreløpige vurderinger og anbefalinger 1. desember 2022. Endelige vurderinger og anbefalinger leveres 15. april 2023. Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp overfor Stortinget i Nasjonal helse- og samhandlingsplan som kommer i 2023. 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 Stortingets behandling av representantforslag om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, Dokument 8:3 S (2017–2018), Innst. 109 S (2017–2018).

Konteksten for vedtaket tilsier at vedtaket gjelder rekruttering av nyutdannede leger til LIS1-stillinger i rekrutteringssvake områder. Helsedirektoratet har gjennomført en evaluering av omleggingen av den tidligere turnusordningen til den første delen av spesialiseringssløpet for leger, kalt LIS1. Direktoratet overleverte rapporten 9. juni 2021. Evalueringen viser at den nye ordningen med LIS1-stillinger har videreført en god geografisk fordeling av LIS1-leger til ulike deler av landet. Det er imidlertid visse utfordringer med frafall, spesielt i rekrutteringssvake områder. Regjeringen ser det derfor som viktig å særlig legge til rette for en bedre rekruttering av leger, og benytter ulike virkemidler for å oppnå dette.

Å rekruttere og stabilisere bemanningen ved de mindre sykehusene vil bl.a. kreve en mer systematisk innsats for å utvikle fagmiljøer og utdanne egne spesialister. De regionale helseforetakene fikk derfor i oppdrag for 2022 å iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdan-

ning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene. I 2019 ble det opprettet 38 LIS1 stillinger som alle gikk til Nord-Norge. I 2022 ble det opprettet 31 LIS1-stillinger med kobling til rekrutteringssvake spesialiteter, herunder allmennmedisin.

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for bedre rekruttering til fastlegeordningen gjennom en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning i allmennmedisin. Departementet har nylig nedsatt et ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Den skal utrede nærmere hvordan både permanente og tidsavgrensede endringer i kompetansekrav og endringer i utdanningsløp for spesialistutdanning i allmennmedisin kan bedre rekrutteringen. I utredningen inngår å vurdere innretningen på den delen av allmennlegenes spesialisering som skal skje i sykehus, egne stillinger for ALIS i sykehus og hvordan mulighet for fast lønn for leger som spesialiserer seg i allmennmedisin kan innrettes. Vedtaket anses som fulgt opp.

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.»

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2019 i oppdrag å foreta en gjennomgang av regelverket for pasientreiser og oversendte departementet en rapport om gjennomgangen i midten av oktober 2020. Departementet arbeider med forslag til endringer i pasientreiseforskriften for å følge opp innspillene i rapporten og vil komme tilbake til Stortinget med en nærmere omtale av forskriftsendringene når disse har vært på offentlig høring.

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 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 – Gode liv i eit trygt samfunn*. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Evaluering 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 er fulgt opp ved at Helse- og omsorgsdepartementet har fått i oppdrag å gjennomføre en følgeevaluering av implementeringen av den nye retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Den reviderte retningslinjen ble publisert våren 2022. Følgeevalueringen vil gi informasjon om hvordan denne bidrar til å sikre innhold, kvalitet og forbedringer i LAR-ordningen.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp gjennom vurderinger under kap. 734.

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).

Anmodningsvedtaket vil bli fulgt opp i den kommende opptrappingsplanen for psykisk helse. Vedtaket må også sees i sammenheng med vedtak nr. 516 av 3. mai 2022. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

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 behandlingen av Dokument 8:189 S (2017–2018), jf. Innst. 367 S (2017–2018). Regjeringen arbeider for tiden med en ny tobakksstrategi, som vil inngå i folkehelsemeldingen som skal fremmes våren 2023. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Stortingssesjon (2016–2017)

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).

Stortinget fattet 24. mai 2022 lovvedtak som opphever vedtatte lovendringer som legger til rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Prop. 64 L (2021–2022) Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret) og Innst. 295 L (2021–2022). Regjeringen la i lovproposisjonen til grunn at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtak 847, 848, 849, 850 og 851 i Stortinget, og at det derfor ikke planlegges ytterligere oppfølging av vedtakene. Ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) ble det ikke flertall i Stortinget for fortsatt oppfølging av anmodningsvedtakene. Regjeringen varslet i proposisjonen at endelig sluttrapportering på anmodningsvedtakene med forslag om at vedtakene oppheves, vil bli gjort i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2023. Vedtak 847 foreslås derfor opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak.

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).

Stortinget fattet 24. mai 2022 lovvedtak som opphever vedtatte lovendringer som legger til rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Prop. 64 L (2021–2022) Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret) og Innst. 295 L (2021–2022). Regjeringen la i lovproposisjonen til grunn at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtak 847, 848, 849, 850 og 851 i Stortinget, og at det derfor ikke planlegges ytterligere oppfølging av vedtakene. Ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) ble det ikke flertall i Stortinget for fortsatt oppfølging av anmodningsvedtakene. Regjeringen varslet i proposisjonen at endelig sluttrapportering på anmodningsvedtakene med forslag om at vedtakene oppheves, vil bli gjort i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2023. Vedtak 848 foreslås derfor opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak.

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).

Stortinget fattet 24. mai 2022 lovvedtak som opphever vedtatte lovendringer som legger til

rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Prop. 64 L (2021–2022) Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret) og Innst. 295 L (2021–2022). Regjeringen la i lovproposisjonen til grunn at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtak 847, 848, 849, 850 og 851 i Stortinget, og at det derfor ikke planlegges ytterligere oppfølging av vedtakene. Ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) ble det ikke flertall i Stortinget for fortsatt oppfølging av anmodningsvedtakene. Regjeringen varslet i proposisjonen at endelig sluttrapportering på anmodningsvedtakene med forslag om at vedtakene oppheves, vil bli gjort i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2023. Vedtak 849 foreslås derfor opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak.

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.»

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert gjennom omtale i Prop. 64 L (2021–2022) der det vises til at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtakene i Stortinget.

Stortinget fattet 24. mai 2022 lovvedtak som opphever vedtatte lovendringer som legger til rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Prop. 64 L (2021–2022) Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret) og Innst. 295 L (2021–2022). Regjeringen la i lovproposisjonen til grunn at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtak 847, 848, 849, 850 og 851 i Stortinget, og at det derfor ikke planlegges ytterligere oppfølging av vedtakene. Ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) ble det ikke flertall i Stortinget for fortsatt oppfølging av anmodningsvedtakene. Regjeringen varslet i proposisjonen at endelig sluttrapportering på anmodningsvedtakene med forslag om at vedtakene oppheves, vil bli gjort i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2023. Vedtak 850 foreslås derfor opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak.

Stortingssesjon (2015–2016)

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 til alle kvinner med alvorlig rusmiddelavhengighet, vil reise flere juridiske, økonomiske og faglige spørsmål. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere dette etter å ha høstet flere erfaringer med gratis langtidsvirkende prevensjon til kvinner i LAR, og komme tilbake til Stortinget i sammenheng med melding om forebyggings- og behandlingsreform.

Del II
Budsjettomtaler

4 Nærmere omtale av bevilgningsforslag mv.

Alle budsjettforslag er endringer sammenliknet med saldert budsjett 2022 så langt som er angitt.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2022 og uten bevilgningsforslag i 2021, 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 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
700	Helse- og omsorgsdepartementet	260 437	250 803	275 587	9,9
701	E-helse, helseregistre mv.	1 370 582	835 063	368 772	-55,8
702	Beredskap	1 606 993	482 494	302 426	-37,3
703	Internasjonalt samarbeid	364 048	286 435	179 176	-37,4
704	Norsk helsearkiv	78 075	74 829	72 356	-3,3
708	Eldreombudet	9 428	10 722	5 817	-45,7
709	Pasient- og brukerombud	76 646	75 321	82 798	9,9
	Sum kategori 10.00	3 766 209	2 015 667	1 286 932	-36,2

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	1 129 316	1 189 204	833 148	-29,9
50–89	Overføringer til andre	2 636 893	826 463	453 784	-45,1
	Sum kategori 10.00	3 766 209	2 015 667	1 286 932	-36,2

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	260 437	250 803	275 587
	Sum kap. 700	260 437	250 803	275 587

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for følgende underliggende virksomheter i 2022:

- Bioteknologirådet
- Direktoratet for e-helse
- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet
- Eldreombudet
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet, inkl. Helfo
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)
- Norsk helsearkiv (Arkivverket)¹
- Norsk pasientskadeerstatning
- Statens helsetilsyn
- Statens legemiddelverk
- Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgssektoren (Ukom)
- Mattilsynet (faglig ansvar)
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Norsk helsenett SF
- AS Vinmonopolet

I sesjonen 2021–2022 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 3 L (2021–2022) *Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.)*
- Prop. 10 L (2021–2022) *Endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven (forlengelse av midlertidige forskriftshjemler for håndtering av koronapandemien mv.)*
- Prop. 20 S (2021–2022) *Endringer i statsbudsjettet 2021 under Helse- og omsorgsdepartementet*
- Prop. 57 L (2021–2022) *Endringer i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven mv.*

- (administrative reaksjoner, tilsynsmyndighetenes saksbehandling av henvendelser om pliktbrudd m.m.)*
- Prop. 60 LS (2021–2022) *Endringer i genteknologiloven (offentlighet) og samtykke til deltakelse i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) 2019/1381 mv.*
- Prop. 63 L (2021–2022) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven mv. (oppheving av lovregel om godkjenningmodell for fritt brukervalg m.m.)*
- Prop. 64 L (2021–2022) *Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret)*
- Prop. 73 L (2021–2022) *Endringer i tobakksskadeloven (tekniske endringer i avgiftssystemet mv.)*
- Prop. 91 L (2021–2022) *Endringer i pasientjournalloven mv. (nasjonal digital samhandling)*
- Prop. 92 L (2021–2022) *Midlertidige endringer i smittevernloven (forlengelse av reglene om koronasertifikat)*
- Prop. 102 LS (2021–2022) *Endringer i legemiddeloven (legemidler til dyr) og samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 371/2021 om innlemmelse i EØS-avtalen av forordning (EU) 2019/6 om legemidler til dyr*
- Prop. 103 L (2021–2022) *Midlertidige endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven (forlengelse av midlertidige forskriftshjemler for håndtering av koronapandemien)*
- Prop. 122 S (2021–2022) *Endringer i statsbudsjettet 2022 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følge av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)*

Helse- og omsorgsdepartementet hadde om lag 208 årsverk i 2020 og 2021.

¹ Norsk helsearkiv er organisert som en særskilt virksomhet innenfor det statlige Arkivverket som er underlagt Kulturdepartementet.

Post 01 Driftsutgifter

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

Bevilgningen foreslås økt med 20 mill. kroner til økt aktivitet i departementet for å ivareta beredskapsoppgaver og videreføre departementets arbeid som beredskapsorganisasjon, samt oppfølging av Koronakommisjonens anbefalinger om justeringer i norsk helseberedskap, jf. omtale i Prop. 51 S (2021–2022) *Endringer i statsbudsjettet 2022 om økonomiske tiltak i møte med pandemien og ekstraordinære strømutfgifter* og Prop. 115 S

(2021–2022) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2022.*

Bevilgningen er redusert med 0,4 mill. kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. nærmere omtale under kap. 2 Profilen i budsjettforslaget.

Bevilgningen foreslås redusert med 0,3 mill. kroner mot tilsvarende økt bevilgning over kap. 510, post 45 under Kommunal- og distriktsdepartementet til ny løsning for e-postsynkronisering i departementene, jf. omtale der.

Kap. 701 E-helse, helseregistre mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	660 541	593 274	239 837
70	Norsk helsenett SF	155 933	90 896	67 901
71	Medisinske kvalitetsregistre	38 724	39 493	40 614
72	Nasjonale e-helseløsninger	515 384		
73	Tilskudd til E- helse i kommunal sektor, <i>kan overføres</i>		111 400	20 420
	Sum kap. 701	1 370 582	835 063	368 772

Vesentlige endringsforslag, utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generelle prisjusteringer:

Det foreslås å flytte:

- 42,1 mill. kroner til kap. 744, post 01 som følge av at Helsedataprogrammet er avsluttet og Helsedataservice er etablert som en del av Direktoratet for e-helse
- 10,6 mill. kroner til kap. 762, post 21 til videre utvikling av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), jf. omtale under kap. 762, post 21
- 6,5 mill. kroner til kap. 745, post 01, til Folkehelseinstituttets faste oppgaver med å utvikle og modernisere helseregistre.
- 3 mill. kroner til økt aktivitet i departementet for å ivareta beredskapsoppgaver jf. omtale under kap. 700, post 01
- 1 mill. kroner til kap. 545, post 01 til Datatilsynets arbeid med regulatorisk sandkasse for personvern og kunstig intelligens

Bevilgningen foreslås redusert med:

- 91,4 mill. kroner til Felles kommunal journal som følge av ny innretning på statens rolle i arbeidet
- 85,3 mill. kroner knyttet til digital samhandling i henhold til planlagt gjennomføring av tiltakene
- 56,6 mill. kroner knyttet til Modernisert folkeregister i henhold til planlagt gjennomføring av tiltaket
- 37 mill. kroner til helseanalyseplattformen i henhold til planlagt utfasing av investeringsmidlene
- 23 mill. kroner i Norsk helsenett SFs driftsbevilgning. Den konkrete innretningen på rammekuttet vil bli avklart i styringsdialogen
- 2,5 mill. kroner knyttet til forventede budsjettgevinster i forbindelse med innføring av modernisert folkeregister
- 119 mill. kroner knyttet til reduserte inntekter mot tilsvarende merinntekter over kap. 3701, post 02

Riksrevisjonen har gjennomført en undersøkelse av sak 1) Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal og sak 2) Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse, jf. Dokument 3:14 (2020–2021). Undersøkelsen peker på store svakheter når det gjelder utredning, overordnet styring, planlegging og oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013). I tillegg vises det til at tiltak og prosjekter ikke har hatt høy nok fremdrift. Se omtale av Riksrevisjonens undersøkelse av konsulentbruk og Direktoratet for e-helses oppfølging under kapittel 744.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen har behandlet rapporten fra Riksrevisjonen og mener den er et viktig bidrag til læring. Komiteen ber Riksrevisjonen følge arbeidet med å nå målene i Én innbygger – én journal videre, jf. Innst. 406 S (2021–2022). Innstillingens tilrådning ble enstemmig vedtatt.

Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp Riksrevisjonens anbefalinger gjennom tillegg til tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse i 2021, og direktoratet har redegjort særskilt for oppfølgingen av Riksrevisjonens undersøkelse i årsrapporten for 2021. Riksrevisjonens anbefalinger har hatt høy prioritet i direktoratets arbeid i 2021 og 2022 og direktoratet har iverksatt flere tiltak som imøtekommer anbefalingene. Direktoratet for e-helse anser anbefalingene som viktige for å øke digitaliseringstakten. Fremdrift og status følges opp som fast sak på etatsstyringsmøtene med direktoratet.

Regjeringen vil tydeliggjøre aktørenes roller og ansvar for digitalisering, og sikre nasjonal koordinering slik at de samlede ressursene brukes på en god måte. Fra 1. januar 2022 er det iverksatt flere endringer som departementet mener følger opp anbefalingene fra Riksrevisjonen og som er viktig for å øke digitaliseringstakten framover. Det vises særlig til endringer i pasientjournalloven, jf. Prop. 3 L (2021–2022) og Innst. 47 L (2021–2022), og endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Endringen innebærer bl.a. at regionale helseforetak og kommuner får plikt til å betale for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene helsenet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Det vises videre til at det er gjort endringer i rolle- og ansvarsfordelingen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF, og at den nasjonale styringsmodellen for e-helse er videreutviklet og etablert som en nasjonal rådsmodell for å øke gjennomføringsevnen og samle sektoren om felles mål, strategier og prioriteringer.

Digitalisering gir store muligheter for å utvikle helse- og omsorgstjenesten til det beste for pasienter, helsepersonell og innbyggere. Regjeringen vurderer behovet for endringer i innretning på e-helseområdet og vil komme tilbake med en samlet fremstilling av e-helsepolitikken i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Se nærmere omtale av det nasjonale e-helsearbeidet nedenfor og under kapittel 744 Direktoratet for e-helse.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 87, 14. desember 2021

«Stortinget ber regjeringen om at de årlige endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen med KS.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 3 L (2021–2022), jf. Innst. 47 L (2021–2022). Helse- og omsorgsdepartementet har samarbeidet med KS om en prosess som tar hensyn til at de årlige endringene skal drøftes i konsultasjonsordningen. Videre skal Direktoratet for e-helse legge til rette for at tidspunktet for behandling av saker i den nasjonale rådsmodellen for e-helse (tidligere styringsmodellen) tar hensyn til forankringsprosessen mellom regjeringen og KS.

Vedtak nr. 88, 14. desember 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, skal synliggjøres og behandles i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 3 L (2021–2022), jf. Innst. 47 L (2021–2022). Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, synliggjøres og behandles i den nasjonale rådsmodellen (tidligere styringsmodellen). I tillegg skal direktoratet sørge for at det gjøres en konkret vurdering av om kostnadene faller innenfor plikten til betaling, krever lov eller forskriftsendring eller må finansieres på annen måte.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker oppfølging og gjennomføring av tiltak som bidrar til digital samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

Det foreslås å flytte:

- 42,1 mill. kroner til kap. 744, post 01 som følge av at Helsedataprogrammet er avsluttet og Helsedataservice er etablert som en del av Direktoratet for e-helse
- 10,6 mill. kroner til kap. 762, post 21 til videre utvikling av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), jf. omtale under kap. 762, post 21
- 6,5 mill. kroner til kap. 745, post 01, til Folkehelseinstituttets faste oppgaver med å utvikle og modernisere helseregistre
- 3,5 mill. kroner til kap. 740, post 01 til faste oppgaver knyttet til drift av KPR, jf. omtale under kap. 740, post 01
- 3 mill. kroner til økt aktivitet i departementet for å ivareta beredskapsoppgaver jf. omtale under kap. 700, post 01
- 1 mill. kroner til kap. 545, post 01 til Datatilsynets arbeid med regulatorisk sandkasse for personvern og kunstig intelligens

Bevilgningen foreslås redusert med:

- 85,3 mill. kroner knyttet til digital samhandling i henhold til planlagt gjennomføring av tiltakene
- 56,6 mill. kroner knyttet til Modernisert folkeregister i henhold til planlagt gjennomføring av tiltaket
- 37 mill. kroner til helseanalyseplattformen i henhold til planlagt utfasing av investeringsmidlene
- 119 mill. kroner knyttet til reduserte inntekter mot tilsvarende merinntekter over kap. 3701, post 02

Nytt stikkord

Fra 1. januar 2022 ble det gjort endringer i rolle- og ansvarsfordelingen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF i utviklingen av nasjonale e-helseløsninger. I 2022 ble bevilgningene til arbeidet med digital samhandling inklusiv pasientens legemiddelliste fordelt mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF i tråd med oppdragene fra departementet. Fordelingen mellom direktoratet og Norsk helsenett SF vil variere fra år til år i tråd med utviklingen i arbeidet. Det foreslås derfor at kap. 701, post 21 får stikkordet «kan nyttes under post 70».

Digital samhandling

Det foreslås 176,6 mill. kroner over kap. 701, post 21 til digital samhandling inkludert pasientens legemiddelliste.

For å kunne gi best mulig helsehjelp er det en forutsetning at relevante og nødvendige opplysninger om sykdomshistorie og legemiddelbruk følger pasienten gjennom hele pasientforløpet og forvaltes og lagres på en trygg måte. Digitale løsninger skal understøtte helhetlig samhandling mellom helsepersonell og styrke pasienter og innbyggers mulighet til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg.

Det er allerede etablert flere nasjonale e-helseløsninger for bedre digital samhandling. For å nå målene om helhetlig og effektiv digital samhandling og få realisert gevinstene, er det behov for å videreutvikle dagens nasjonale e-helseløsninger og etablere nye tjenester og ny funksjonalitet.

Utvikling og realisering av samhandlingsløsninger må sees i sammenheng med både journalutvikling og det øvrige innholdet i veikartet til nasjonale e-helseløsninger. I den eksterne kvalitetssikringen (KS2) fra juni 2020 ble det pekt på at grunndata- og tillitstjenester bør planlegges og gjennomføres som del av veikartet for nasjonale e-helseløsninger. Fra 2023 skal arbeidet med tillitstjenester for enkel og sikker tilgang til helseopplysninger legge til rette for å følge opp prioriterte samhandlingsbehov. Ambisjonene må tilpasses kapasitet og ressurser.

Riksrevisjonens gjennomgang av én innbygger – én journal fant det alvorlig at legemiddellisten er forsinket, jf. Dokument 3:14 (2020–2021). En felles legemiddeloversikt er høyt prioritert av aktørene i helse- og omsorgstjenesten og vil realisere nytte hos både spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, pasient og innbygger, gjennom økt effektivitet og økt pasientsikkerhet. Bedre kvalitet i legemiddelhåndteringen vil gi færre legemiddelskader, bedre helse og økt livskvalitet for pasientene. Størrelsen på effekten er vanskelig å tallfeste, men antas å være betydelig spesielt for eldre pasienter og pasienter med flere sykdommer. I 2021 startet utprøving av pasientens legemiddelliste i Helse Vest RHF og Bergen kommune. Utprøvingen startet hos utvalgte fastleger, og er i 2022 utvidet for å inkludere spesialisthelsetjenesten. Erfaringene til nå er at det er teknisk krevende og mange avhengigheter, men at kvaliteten på legemiddellistene blir bedre når den er lagret på ett sted. I 2023 skal erfaringene fra utprøvingen og erfaringene fra Helseplattformen danne grunnlag for videre realisering av

pasientens legemiddelliste. Utvikling av sentrale komponenter og samhandlingsløsninger for å understøtte arbeidet skal prioriteres.

Det legges opp til en trinnvis utvikling av pasientens legemiddelliste, som gradvis vil gi helsepersonell bedre oversikt over oppdaterte legemiddelopplysninger. Pasientens legemiddelliste er summen av flere tiltak som til sammen skal gi en mer helhetlig og oppdatert oversikt. Tiltakene bygger videre på eksisterende nasjonale løsninger, som e-resept, kjernejournal, e-multidose og helsenorge.no for tilgang til legemiddelopplysninger for både helsepersonell og innbyggere. I tillegg etableres en ny tjeneste for legemiddelforskrivning, sentral forskrivningsmodul, for å gi bedre legemiddelfunksjonalitet og redusere de tekniske hindringene for innføring av pasientens legemiddelliste. Det er fortsatt risiko knyttet til gjennomføring av aktivitetene. Sentral forskrivningsmodul er i 2022 tatt i bruk av Helseplattformen i Midt-Norge.

Det ble med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2020–2021) besluttet investeringer for steg 1 av digital samhandling, innenfor en samlet styringsramme på 619 mill. kroner (P50) og samlet kostnadsramme på 712 mill. kroner (P85) over fire år. I tillegg ble det med Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2022 besluttet at arbeidet med å realisere pasientens legemiddelliste skulle styrkes med 57,9 mill. kroner som en flerårig satsing. Arbeidet ledes av Direktoratet for e-helse og gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett SF og aktører i helse- og omsorgssektoren.

I 2022 har innsatsen vært rettet mot å etablere løsningen pasientens prøvesvar samt tilhørende tilstjenester for deling av kritisk informasjon og dokumenter via kjernejournal. Dette skal sikre at rett helsepersonell får tilgang på relevant pasientinformasjon når behovet er til stede. Tjenesten pasientens prøvesvar skal gi helsepersonell og pasienter tilgang til prøvesvar uavhengig av hvem som har bestilt og utført undersøkelsen. Målet er å gjøre laboratorie- og radiologisvar tilgjengelige for helsepersonell og for innbyggerne via helsenorge.no. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2022 vurdert de ulike løsningsalternativene og vil høsten 2022 sende forslag til lovendringer på høring.

Direktoratet for e-helse har i 2021 gjennomført forprosjekt for det neste steget for digital samhandling som ble eksternt kvalitetssikret våren 2022. Det er ikke prioritert å finansiere forslaget fra forprosjektet i 2023.

Kjernejournal og e-resept er viktig for at alle grupper av helsepersonell skal få tilgang til pasientens legemiddelinformasjon. Løsningene er tatt

i bruk i spesialisthelsetjenesten, hos legevakter og majoriteten av fastleger, og er under innføring i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Per august 2022 er over 130 kommuner i gang med å innføre kjernejournal i helse- og omsorgstjenesten og mer enn 25 kommuner har foreløpig meldt inn ønske om å ta løsningen i bruk.

KS har en viktig rolle i arbeidet med å legge til rette for innføring i kommunene, og gjennom samarbeidsavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunene fra januar 2022, er det tydeliggjort behov for prioriterte og koordinerte innføringsløp. Det foreslås å videreføre tilskuddet til nettverk i regi av KS for å bidra til innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunene (KS e-komp) jf. kap. 701, post 73.

Kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger som er regulert i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, skal dekkes av aktørene i sektoren. Prismodellene for forvaltning og drift av disse løsningene skal evalueres og justeres innen 2024.

Deling av informasjon ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram er det prøvd ut en løsning for deling av informasjon mellom velferdsteknologiske løsninger og andre e-helsesystemer, som for eksempel elektroniske pasientjournaler i tjenesten. Det er i dag 21 kommuner som er koblet på løsningen, som omtales som «velferdsteknologisk knutepunkt». Erfaringer fra utprøvingen viser at velferdsteknologisk knutepunkt bidrar til standardisering, økt informasjonssikkerhet, bedre datakvalitet og gjør det enklere for kommunene å innføre velferdsteknologiske løsninger. Departementet har besluttet å overføre velferdsteknologisk knutepunkt fra Direktoratet for e-helse til Norsk helsenett SF fra 31. oktober 2022. Norsk helsenett SF vil på bakgrunn av økonomi og risiko vurdere om og eventuelt hvor mange nye kommuner som kan koble seg på løsningen i 2023. Departementet har i foretaksrådet bedt Norsk helsenett SF prioritere aktivitet som er nødvendig for å innføre Helseplattformen i kommunene i Midt-Norge. Departementet vurderer alternative modeller for finansiering av forvaltning og drift av velferdsteknologisk knutepunkt fra 2024 og tar høsten 2022 sikte på å sende på høring et forslag der velferdsteknologisk knutepunkt inngår som en felleskomponent i helsenettet, slik dette er beskrevet i pasientjournalloven § 8.

For nærmere omtale av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, herunder digital hjemmeoppfølging, se kap. 761, post 21 og kap. 762, post 23.

Tilknytning til europeisk infrastruktur for samhandling og beredskap

Videreutviklingen av de nasjonale samhandlingsløsningene skal ta hensyn til initiativene fra EU knyttet til styrket helseberedskap og realiseringen av det europeiske helsedataområdet, European Health Data Space (EHDS). Se nærmere omtale under kapittel 8 Internasjonalt samarbeid i del III, Omtale av særlige tema.

Modernisering av folkeregisteret

Det foreslås 5 mill. kroner til gjenstående aktiviteter i arbeidet med modernisert folkeregister i helse- og omsorgssektoren.

Innføring av elektronisk dødsmelding og dødsårsaksmelding har resultert i at 95 pst. av alle dødsfall ble meldt inn elektronisk. Fra 1. januar 2022 har det vært obligatorisk å melde inn dødsårsak elektronisk (Dødsårsaksregisterforskriften § 2-1). Arbeidet med å etablere helse- og omsorgstjenestens kopi av Folkeregisteret, Persontjenesten i Norsk helsenett SF, har i 2022 startet med begrenset innføring. Nasjonal innføring av persontjenesten, helsesektorens sanntidsoppdaterte opplysninger for Folkeregisteret, gjennomføres i 2023. Persontjenesten gir helsetjenesten sanntidsoppdaterte opplysninger fra Folkeregisteret og bidrar til at arbeidsprosesser forenkles.

Post 70 Norsk helsenett SF

Bevilgningen dekker kostnadene til Norsk helsenett SFs arbeid med infrastruktur og nasjonale løsninger for elektronisk samhandling og digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Videre dekker bevilgningen midler til Center for Cyber and Information Security (CCIS).

Bevilgningen foreslås redusert med:

- 23 mill. kroner i Norsk helsenett SFs driftsbevilgning
- 2,5 mill. kroner knyttet til forventede budsjettgevinster i forbindelse med innføring av modernisert folkeregister

Rollen som nasjonal tjenesteleverandør

Norsk helsenett SF skal som nasjonal tjenesteleverandør på e-helseområdet legge til rette for sikker og effektiv elektronisk samhandling.

Statsforetaket har en sentral rolle i arbeidet med å nå målene for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Fra 1. januar 2022 fikk Norsk helsenett SF ansvaret for å lede utviklingsprosjekter innenfor rammene av nasjonale programmer for e-helse. Direktoratet for e-helse er programeier og har det helhetlige ansvaret for at fastsatte mål og effekter innfris innenfor de rammer som er gitt. Norsk helsenett SF skal, som ansvarlig for utviklingsprosjektene, inngå i programledelsen og rapportere til programstyrene. Norsk helsenett SF bidrar i arbeidet med pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar, tjenester for sikker tilgang til helseopplysninger, helsedataprojektet, effektiv deling av dokumenter mellom helsepersonell, velferdsteknologisk knutepunkt, ny funksjonalitet på helsenorge.no, modernisert folkeregister mv.

Fra 1. januar 2022 faktureres regionale helseforetak, kommuner og apotek og bandasjist (kun e-resept) for kostnadene til forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. I tillegg ble fakturering for medlemsavgiften gjeninnført for kommunene. Prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres innen 2024, jf. anmodningsvedtak for Stortinget ved behandling av Prop. 3 L (2021–2022) Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.).

Norsk helsenett SF forvalter elektronisk meldingsutveksling og bidrar til koordinert innføring i sektoren. I 2021 ble det sendt 284 mill. meldinger i helsenettet, drøyt 90 mill. mer enn i 2020. Økningen er i stor grad relatert til pandemien med 80 mill. meldinger til vaksinasjonsregistrering og svar på koronatest.

Helsenorge.no har vært avgjørende for kommunikasjon mellom innbyggerne og helsetjenesten under koronapandemien. I løpet av 2021 fikk helsenorge.no én mill. nye brukere. I januar 2022 passerte nettstedet fem mill. brukere med mellom 300 000 og 400 000 daglige besøk. Digitale tjenester for prøvesvar er et eksempel som har hatt stor nytte for befolkningen og for helse- og omsorgstjenesten. Ni mill. prøvesvar har vært formidlet til innbyggerne via helsenorge.no i 2021 og har spart helsetjenesten for store ressurser til manuelt arbeid. Et annet eksempel som har hatt stor betydning for innbyggerne er koronasertifikatet som ble utviklet av Norsk helsenett SF i tett samarbeid med Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

Den felles meldeportalen for uønskede hendelser har fått nye tjenester og skiftet navn fra «En vei inn» til «melde.no» i 2021. Melde.no inkludere

rer bivirkninger av vaksiner, legemidler, kosmetikk, kosttilskudd, medisinsk og elektromedisinsk utstyr, varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten og uønskede hendelser knyttet til blod, celler og vev og organer (biovigilans). Melde.no skal gjøre det enklere for helsetjenesten, pasienter og pårørende å melde hendelser og å redusere underrapportering slik at pasientsikkerheten kan forbedres. Portalen er blitt viktig i koronavirusnasjonsprogrammet, bl.a. ved melding av bivirkninger av vaksiner, og bidro til at Norge tidlig fanget opp alvorlige bivirkninger av AstraZeneca og bivirkninger av andre vaksiner. Videreutvikling av melde.no vil fortsette i 2023 i samarbeid med eierne av ordningene og finansieres i tråd med modellen som er etablert mellom Norsk helsenett SF og aktørene.

Statsforetaket tilbyr videotjenester for pasientbehandlingen og administrativt bruk og det er lagt ned en betydelig innsats for å håndtere den sterke veksten i bruken av tjenestene under pandemien. Norsk helsenett SF har i 2021 videreført arbeidet med å bygge ut stamnett til Helse Sør-Øst RHF ved å levere forbindelser mellom datasen-trene i regionen. I løpet av tredje kvartal 2022 skal infrastrukturen som forbereder tilkobling av sykehus etter planen være på plass. I 2021 etablerte Norsk helsenett SF en privat skyløsning som etter planen skal drifte nye løsninger som ikke kan plasseres i allmenn sky.

Digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Norsk helsenett SF skal sørge for en sikker og trygg infrastruktur for effektiv samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren, og bidra til at den nasjonale helseberedskapen blir ivaretatt, jf. Nasjonal helseberedskapsplan. Gjennom HelseCERT samarbeider Norsk helsenett SF tett med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), Nasjonalt cybersikkerhetssenter (NCSC) og øvrige sektors responsmiljøer (CERTer) for å oppdage, forebygge og håndtere ondsinnede inn-trengingsforsøk og uønskede hendelser. HelseCERT har siden 2011 videreutviklet Nasjonalt beskyttelsesprogram til helse- og omsorgstjenesten for å styrke den operative sikkerheten. Det er etablert løsninger for sikkerhetsmonitorering som kan oppdage cyberangrep og tekniske sårbarheter før de utnyttes av trusselaktører og det pågår et program for digital beskyttelse i dybden (DBD). Målet er at virksomhetene i helsesektoren, sammen med HelseCERT, aktivt kan forsvare seg mot og oppdage cyberangrep som skjer i

infrastrukturen internt i den enkelte virksomhet. Dialog med IKT-miljøene i de øvrige regionale helseforetakene pågår.

Center for Cyber and Information Security (CCIS)

Bevilgningen til CCIS på 1 mill. kroner foreslås videreført i 2023. CCIS ved Norges tekniske og naturvitenskapelige universitet (NTNU) er et nasjonalt senter for forskning, utdanning 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 gjennomføres ved bruk av digital teknologi.

Den foreslåtte bevilgningen skal støtte opp om arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Stortingets føringer om at bevilgningen er basistilskudd for å sikre at kunnskapen fra nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter blir tatt opp i praksis vektlegges, jf. Innst. 11 S (2015–2016).

Post 71 Medisinske kvalitetsregistre

Bevilgningen dekker finansiering av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF. Nasjonalt servicemiljø har en sentral faglig og koordinerende rolle på kvalitetsregisterområdet. Videre dekker bevilgningen videreutvikling av tekniske fellesløsninger og implementering av felles infrastruktur for medisinske kvalitetsregistre i regi av de regionale helseforetakene. Regionale servicemiljø bidrar i utvikling og implementering av fellesløsninger for å bedre datakvalitet, legge til rette for pasientrapporterte data, og bistår i bruk og analyse av kvalitetsregisterdata.

Infrastrukturen som er bygget opp rundt medisinske kvalitetsregistre, bidrar inn i de regionale helseforetakenes oppgaver i det nasjonale arbeidet for enklere tilgang til helsedata, jf. omtale under kapittel 744 Direktoratet for e-helse og del III, kapittel 5.

Medisinske kvalitetsregistre har informasjon om behandlingskvalitet som kan bidra til å forbedre helsetjenesten. De regionale helseforetakene har ansvar for å finansiere faglig og teknisk drift av kvalitetsregistre med nasjonal status, og å bidra til at registrene benyttes i tråd med formålet. Helsedirektoratet beslutter nasjonal status etter søknad fra de regionale helseforetakene. I alt 56 kvalitetsregistre har nasjonal status medio

2022. I 2022 har to kvalitetsregistre innenfor psykisk helsevern (ECT-behandling og alderspsykiatri), samt register for brannskade og ALS fått nasjonal status. Etter forskrift om medisinske kvalitetsregistre er det meldeplikt til registre med nasjonal status.

SKDE utarbeider årlige statusrapporter for arbeidet med medisinske kvalitetsregistre på kvalitetsregistre.no. Statusrapporten for 2021 viser nøkkeltall basert på årsrapportene til de nasjonale kvalitetsregistrene for 2020. Rapporten viser fortsatt positiv utvikling på datakvalitet og inkludering av pasientrapporterte data i kvalitetsregistrene, og dokumenterer at de nasjonale kvalitetsregistrene i økende grad brukes til kvalitetsforbedring og forskning. Alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre publiserer kvalitetsindikatorer på nettportalen kvalitetsregistre.no. Portalen er under stadig utvikling og inneholder en sammenstilling av resultater på sykehusnivå på tvers av registrene. De regionale helseforetakene har utarbeidet en strategisk handlingsplan (2021–2023) med fem satsningsområder, som det utarbeides årlige aktivitetsplaner til.

Post 73 Tilskudd til e-helse i kommunal sektor

Bevilgningen dekker tilskudd til nettverk i regi av KS for å bidra til innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunene.

Bevilgningen foreslås redusert med 91,4 mill. kroner til Felles kommunal journal.

Bedre journalløsninger i kommunene

Regjeringen vil støtte kommunenes arbeid med bedre journalløsninger, men tydeliggjøre roller og ansvar i arbeidet, jf. også Innst. 414 L (2021–2022) Endringer i pasientjournalloven mv. (nasjonal digital samhandling). Det er kommunene som har ansvaret for egne journalløsninger og finansieringen av disse. Regjeringen mener statens rolle bør dreies mer mot regulering av standarder og krav til funksjonalitet. Staten vil ikke støtte opp om det videre arbeidet med felles kommunal journal i sin nåværende form. Regjeringen foreslår at statens rolle dreies fra programfinansiering til virkemidler som stimulerer til at kommunene kan foreta investeringer. Tilskuddsordningen foreslås derfor avvirket.

Regjeringen har i Hurdalsplattformen varslet at den vil etablere en helseteknologiordning som støtter innføring av ny teknologi i helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet med å utrede ordnin-

gen startet i 2022. Utredningen ledes av Direktoratet for e-helse og gjøres i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Leverandørene og IKT-bransjen vil involveres i arbeidet. Målet med helseteknologiordningen er å avlaste risiko og stimulere kommunene til å investere i bedre journalløsninger og velferdsteknologi. Ordningen skal kunne bygges ut stegvis og det skal ses hen til statens ordinære virkemidler for innovasjon og næringsutvikling. Videre skal det legges større vekt på arbeidet med standardisering, normering og veiledning for å gi leverandørene forutsigbarhet og bedre leveranseevne, og for å bidra til at kommunene anskaffer journalsystemer som tilfredsstillende krav til sikkerhet, funksjonalitet og samhandling.

Arbeidet med felles kommunal journal har fra 2021 vært organisert som et samarbeidsprosjekt mellom staten, KS og samarbeidskommuner. Arbeidet med å oppdatere styringsdokumentet og utforme en gjennomføringsstrategi i tråd med anbefalingen fra den eksterne kvalitetssikringen (KS2) av forprosjektet har pågått siden 2021, jf. Prop. 1 S (2020–2021) og Prop. 1 S (2021–2022). Staten har i 2021 og 2022 finansiert programaktiviteter til arbeidet med felles kommunal journal gjennom en tilskuddsordning. Statens bidrag til programaktiviteter ut over 2022 har forutsatt at betingelsene a-c omtalt i Prop. 1 S (2021–2022) er oppfylt:

- Den forberedende styringsgruppen, og senere selskapet med kommunalt majoritetseierskap, skal utarbeide et oppdatert styringsdokument for felles kommunal journalløsning
- Styringsdokumentet skal underlegges kvalitetssikring, men det stilles ikke krav om bruk av statens kvalitetsordning (KS2)
- Før kunngjøring av anskaffelse skal det være forpliktende deltakelse fra kommuner som representerer minst 55 pst. av befolkningen utenfor helseregion Midt-Norge.

Disse betingelsene er ikke oppfylt.

Departementet viser videre til omtale i Prop. 1 S (2021–2022) der det står at statens videre rolle, herunder eventuell statlig minoritetspost i selskapet, skulle utredes nærmere. Norsk helsenett SF fikk i 2022 i oppdrag å bistå interimsselskapet med å vurdere hvordan arbeidet kan organiseres og hvilken rolle Norsk helsenett SF eventuelt kan og bør ha. Foreløpige planer fra interimsselskapet og Norsk helsenett SF innebærer mulighet for en løsning hvor staten ved Norsk helsenett SF skal inngå i et felleseid selskap med kommunesektoren. Regjeringen vurderer at risiko og kompleksitet med et felleseid selskap med kommunene er for stor, og at staten derfor ikke bør inngå i et slikt selskap.

Samlet sett mener regjeringen at det ikke er grunnlag for å videreføre prosjektet i sin nåværende form, herunder statens finansiering av programaktivitetene.

Nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene

Det foreslås 20 mill. kroner til nettverksaktiviteter i regi av KS. Støtte til kommunale nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene er et viktig virkemiddel for å understøtte kommunenes arbeid med innføring av nasjonale e-helseløsninger og velferdsteknologi, jf. samarbeidsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS fra 13. januar 2022. Kommunesektoren forventes fremover å skulle ta i bruk flere digitale løsninger

i takt med innføringen av nasjonale samhandlingsløsninger og med modernisering av IKT-systemer generelt. KS kompetansenettverk for e-helse (KS e-Komp) har i 2022 bl.a. bidratt til innføring av kjernejournal i kommunene, gjort forberedelser til innføring av pasientens legemiddelliste og understøttet innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging.

I 2023 skal nettverket bidra til å støtte opp under innføring av prioriterte e-helseløsninger, som pasientens legemiddelliste og kjernejournal i kommunene. Nettverket skal også understøtte kommunenes arbeid med innføring av velferdsteknologi. Dette er løsninger som vil understøtte en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse forvalter tilskuddet.

Kap. 3701 E-helse, helseregistre mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
02	Diverse inntekter	53 678	120 051	4 653
	Sum kap. 3701	53 678	120 051	4 653

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen foreslås redusert med 119 mill. kroner mot tilsvarende reduserte merutgifter på kap.

701, post 21 som følge av reduserte inntekter til Helsedataservice og fra regionale helseforetak.

Kap. 702 Beredskap

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	23 089	28 257	33 997
22	Beredskapslagring legemidler, <i>kan overføres, kan nyttes under post 71</i>	15 701	150 000	110 600
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	4 050	4 237	4 357
71	Tilskudd beredskapslagring smittevernutstyr, <i>kan overføres, kan nyttes under post 22</i>	1 564 153	300 000	153 472
	Sum kap. 702	1 606 993	482 494	302 426

Helseberedskap er en del av regjeringens innsats for samfunnssikkerhet og beredskap og har til formål 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.

Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet ansvar for beredskap og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten og folkehelseområdet. Departementet er hovedansvarlig departement for de kritiske samfunnsfunksjonene *helse- og omsorg* og *vann og avløp*, samt de grunnleggende nasjonale funksjonene (GNF) *helseberedskap*, *trygg vannforsyning* og *departementets virksomhet, handlefrihet og beslutningsdyktighet*. Helseberedskapsloven, øvrig helselovgivning og sikkerhetsloven regulerer ansvar. Finansiering ivaretas i hovedsak over de ordinære driftsbudsjettene.

Strategiske mål er å ha en robust og bærekraftig helse- og omsorgssektor som er forberedt og kan håndtere hendelser og kriser i fred og krig, på grunnlag av daglig drift, oversikter og analyser av risiko- og sårbarhet, beredskapsplaner og erfaring fra øvelser og hendelser.

Verden er i rask endring. Det setter premisser for hvordan vi bør innrette den fremtidige helseberedskapen. En motstandsdyktig helseberedskap må tilpasses den verden vi lever i, og ta utgangspunkt i det utfordringsbildet vi står overfor. Endringer i det sikkerhetspolitiske landskapet med krig i Europa, Finland og Sverige på vei inn i NATO, klimaendringer, demokratisk tilbakegang, globalisering, teknologisk utvikling, frivillige organisasjoners bidrag, demografiske endringer og urbanisering har stor betydning, også for arbeidet med helseberedskap. Samtidig har covid-19-pandemien gitt oss læringspunkter og synliggjort avhengigheter som avdekket at vi var og er mer sårbare enn vi trodde. Regjeringen vil i 2023 legge frem en melding om helseberedskap som gir overordnede føringer for fremtidens helseberedskap.

Mål og hovedprioriteringer for 2023 er å:

- Styrke digital sikkerhet i sektoren og implementere sikkerhetsloven
- Utvikle og øve på planer for masseskader ved tverrsektorielt og sivilt-militært samarbeid
- Styrke helsesektorens robusthet og beredskap mot pandemier og andre alvorlige kriser ved å følge opp Koronakommisjonen, andre erfaringer, samt risiko- og sårbarhetsanalyser
- Styrke forsyningssikkerheten for tilgang på kompetanse og innsatsfaktorer, særlig vann, strøm, IKT, legemidler, smittevernuttstyr/personlig verneuttstyr og materiell, analyse, for å

ha nødvendig kapasitet, inkl. intensivkapasitet, analyse mv.

- Videreutvikle spesialiserte beredskapskapasiteter for nasjonal og internasjonal innsats
- Forberede og gjennomføre nasjonal og internasjonal atomberedskapsøvelse 2023
- Fremme en stortingsmelding om helseberedskap.

Robuste og forberedte systemer

Nasjonale helseberedskapsplaner beskriver mål, lov- og plangrunnlag, roller, ansvar og oppgaver, ressurser, samt system for risikostyring. Planen beskriver også varslings- og rapporteringsrutiner og samhandling mellom aktørene ved kriser.

Helseberedskapen er generisk og bygger på den daglige helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet. Aktørene i sektoren skal med utgangspunkt i planer kunne omstille seg og mobilisere for å håndtere ulike hendelser. Prinsippene om ansvar, nærhet, likhet og samvirke ligger til grunn.

Kommunene har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen. Kommunene har også ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade ved å sørge for smittevern, miljørettet helsevern, trygt drikkevann og strålevern. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester. Kommuner og helseforetak skal ved kriser kunne legge om, og utvide driften for å yte nødvendige tjenester tilpasset situasjonen. Statsforvalteren er bindeledd mellom lokalt og sentralt nivå og har en samordningsrolle i fylket. På sentralt nivå er de viktigste aktørene Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk, Mattilsynet, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og Statens helsetilsyn. Helse-direktoratet har koordinerende rolle i kriser.

Regelverk, beredskapsplaner og systemer for å forhindre og håndtere hendelser og kriser skal være integrert i virksomhetenes ledelses- og styringssystemer i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det er nå over 10 år siden terrorangrepet mot regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011. Evaluering av denne og andre tidligere hendelser avdekket læringspunkter, men har konkludert med at hovedinnretningen på helseberedskapen i Norge er god.

Departementet implementerer lov om nasjonal sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Hovedformålet med loven er å trygge nasjonale sikkerhets-

interesser og forebygge, avdekke og motvirke sikkerhetstruende virksomhet. De nasjonale sikkerhetsinteressene ivaretas ved å identifisere grunnleggende nasjonale funksjoner (GNF), det vil si 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 sikkerhetsinteresser. Departementet har identifisert GNFene *helseberedskap* og *trygg vannforsyning* innenfor eget myndighetsområde, samt en felles departemental GNF. Virksomheter i helsesektoren har utarbeidet skadevurderinger, som vil danne grunnlag for å identifisere virksomheter med vesentlig og avgjørende betydning for GNFene, samt utpeking og klassifisering av skjermingsverdige verdier, og fastsettelse av frister for gjennomføring av 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. 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 og sikret etter ny lov, jf. kgl.res. 20. desember 2018.

I tillegg til generiske planer og forberedelser er det noen scenarier og områder vi har særlig oppmerksomhet på. For disse områdene er det spesialiserte kompetansemiljøer og mekanismer for at ansvarlige aktører samarbeider og koordinerer sine forberedelser slik at de kan agere raskt og koordinert når hendelsen er et faktum. Dette gjelder atomberedskap, beredskap mot pandemier/alvorlige utbrudd av smittsom sykdom, samt sikkerhet og beredskap for å møte digitale hendelser.

Beredskapsplaner for håndtering av masseskader

Masseskader kan forekomme ved naturkatastrofer, ulykker og tilsiktede hendelser. Det er sannsynlig at masseskadehendelser vil skje i framtiden. Helse Nord leder en pilot for å utvikle operative beredskapsplaner for å håndtere masseskader koordinert med Forsvaret. Piloten vil bli utvidet i 2023 for å utvikle og samkjøre beredskapsplaner i alle regioner. Piloten bygger på Totalforsvarsprogrammet, erfaring fra Nasjonal helseøvelse og Trident Juncture i 2018 og oppfølging etter terrorangrepet 22. juli 2011. Det er tidligere utarbeidet prosedyre for samvirke mellom politi, brannvesen, redningstjenesten og helsetjenesten ved hendelser der det utøves Pågående Livstruende Vold mot flere personer (PLIVO) og andre retningslinjer.

Beredskapsplaner mot smittsomme sykdommer og farlige stoffer (CBRNE)

CBRNE er en fellesbetegnelse på hendelser med høyt farepotensiale som omfatter kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer, nukleært materiale (RN) og eksplosiver (E). Koronapandemien er et eksempel på en slik hendelse. Helsesektorens beredskap mot CBRNE-hendelser bygger på smittevernberedskap, miljørettet helsevern, og atomberedskap, supplert av spesialiserte planer og kompetansemiljøer. Det er nasjonale og internasjonale systemer for overvåking, deteksjon, varsling, måling, analyse og tiltak for å forebygge og møte slike hendelser. Folkehelseinstituttet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er faginstanser og har eksperter som 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 Oslo Universitetssykehus. Det vises til omtale under kap. 710 om vaksiner og kap. 745 om Folkehelseinstituttets ansvar, samt kap. 747 for omtale av Direktoratet for strålevern og atomberedskap.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for tverrsektoriell koordinering av smittevernberedskap og atomsikkerhet. Atomberedskapen koordineres av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, som leder Kriseutvalget for atomberedskap. Øvrige deltakere er Helsedirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvaret, Politidirektoratet, Mattilsynet, Kystverket og Utenriksdepartementet. Prioriterte tiltak er å ivareta god atomberedskap i forbindelse med krigen i Ukraina samt videreutvikle planer, målekapasiteter, modellverktøy og tiltaksstrategier, bygge kompetanse i målelaboratorier og opprettholde DSAs kapasitet som avansert laboratorium, trene og øve. Den planlagte atomberedskapsøvelsen i 2022, som var planlagt med deltakelse fra alle sektorer og nivåer nasjonalt, samt flere nordiske og europeiske land er utsatt til 2023. Formålet er at hele det norske atomberedskapsapparatet skal øve for å videreutvikle atomberedskapen. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet er ansvarlig for og leder planleggingen i Norge i samarbeid med DSB, Kystverket og Hovedredningssentralen, i tillegg til Kriseutvalget for atomberedskap med rådgivere, regionale helseforetak, kommuner og fylker.

Robust tilgang til kompetanse, kritiske innsatsfaktorer og infrastruktur

Kommuner og helseforetak skal, som ledd i arbeidet med å utvikle en bærekraftig forberedt tjeneste, sikre tilgang til kompetanse/personell, analysekapasitet og ressurser som vann, IKT, energi, og mat, legemidler, materiell og utstyr ved hendelser og kriser.

Legemidler, medisinsk materiell og personlig verneutstyr

De regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvaret for legemiddelberedskapen i spesialisthelsetjenesten, mens legemiddelgrossistene plikter å ha beredskapslagre av enkelte legemidler til bruk i primærhelsetjenesten jf. vedlegg til grossistforskriften. Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Helsedirektoratet har i tillegg avtaler med grossister om beredskapslagre av antivirale legemidler og jod. 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 etterspørselsendring. Vekst i antall mangelmeldinger flatet imidlertid ut i 2020, og i 2021 ble det registrert en reduksjon i antall meldte mangler som gjelder legemidler til mennesker. Helsedirektoratet gjennomgikk i 2019 legemiddelberedskapen og foreslo en rekke tiltak, jf. rapport IS-2837. Rapporten har blitt fulgt opp i ulike spor. Bl.a. ble anbefalinger om beredskapslagring fulgt opp gjennom omfattende grossistavtaler, tilpasninger i apotekdrift, elektronisk tilgang til grossistenes lagerstatus og regler om omsetningsrestriksjoner som rasjonering av legemidler, prioritering mellom pasientgrupper og eksportforbud. Forslag til lovendring for å styrke Legemiddelverkets hjemler har vært på høring og departementet jobber med en proposisjon til Stortinget. Helsedirektoratet har videre gjennomført en mulighetsstudie for antibiotikaproduksjon. Koronakommisjonen fant at gjennomgangen i 2019 bidro til at helsemyndighetene kunne komme raskt i gang med tiltak for å sikre legemiddelforsyningen i møte med covid-19-pandemien.

Internasjonalt samarbeid er viktig for å redusere antall mangelsituasjoner og sikre god informasjon. Norge deltar i samarbeid på nordisk, europeisk og globalt nivå. Samarbeidet med EU har vært av stor betydning under pandemien, og Norge deltar i innkjøp av legemidler under EUs felles innkjøpsmekanisme. Koronakommisjonen

har anbefalt at internasjonalt samarbeid om legemiddelberedskap styrkes og at Norge knytter seg tett til det forsterkede helsesamarbeidet i EU, herunder HERA.

Helsedirektoratet har avtaler med grossister om beredskapslagre av helseberedskapsmateriell. Under pandemien er det i tillegg bygget opp nasjonal beredskap av smittevernutstyr – personlig verneutstyr (PVU). Det vises til omtale og forslag til bevilgning under post 71.

Informasjonssikkerhet og digital sikkerhet

De regionale helseforetakene og helseforetakene har over tid utviklet styringssystemer, styrket forsyningsikkerheten for kritiske innsatsfaktorer og styrket informasjonssikkerheten. Riksrevisjonen har gjennomført en revisjon av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer, jf. Dokument 3:2 (2020–2021). Som oppfølging arbeider helseregionene systematisk med å styrke evnen til å forebygge, oppdage og håndtere dataangrep i samarbeid med Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse arbeider med et innspill for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, som skal bidra inn i en stortingsmelding om helseberedskap. Regjeringen styrker HelseCERT, helsetjenestenes kompetansemiljø for operativ informasjonssikkerhet, i Norsk helsenett SF. HelseCERT får økt kapasitet til å gjennomføre sikkerhetstesting av aktørene i sektoren, overvåke sikkerhetssituasjonen og drive aktiv kommunikasjon og bistand til aktørene slik at sektoren skal stå sterkere rustet overfor et trusselbilde som er i stadig endring. Det vises til kap. 701, kap. 732 og kap. 744 for nærmere omtale av informasjonssikkerhet og digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren og oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer.

Trygg vannforsyning

Departementet har sektoransvar for regelverk og tilsyn på drikkevannsområdet, jf. drikkevannsforskriften. Departementet er hovedansvarlig departement for den kritiske infrastrukturen *vann og avløp* og koordinerer innsats på området med andre departementer. Det gjelder Kommunal- og distriktsdepartementet, som har ansvar for plan- og bygningsloven og Klima- og miljødepartementet, som har ansvar for forurensingsloven.

Kommuner og vannverk har ansvar for helsemessig trygg og leveringsmessig sikker drikkevannsforsyning. Det sikres gjennom kommunal

og fylkeskommunal planlegging. Mattilsynet forvalter drikkevannsforskriften og fører tilsyn med vannforsyningssystemer og påser at drikkevannshensyn blir ivaretatt i kommunale og fylkeskommunale planer, mens Folkehelseinstituttet er kunnskapsinstitusjon på drikkevannsområdet for HOD og Mattilsynet.

De aller fleste vannverk, som forsyner minst 50 personer, har rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplaner. Noe over halvparten av disse har ifølge rapportene oppdatert planene siste år. En del mindre vannverk har mangler i planene 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. Forebyggende sikkerhet og beredskap på drikkevannsområdet følges opp i tråd med Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*. Samfunnssikkerhet og beredskap for å sikre trygg vannforsyning i Norge vil også bli belyst i den planlagte stortingsmeldingen om helseberedskap.

Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Departementet deltar i Kriserådet og forvalter mandat for Kriseutvalget for atomberedskap og Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser og Helseberedskapsrådet. Helseberedskapsrådet er et samarbeidsforum mellom sivile og militære myndigheter under departementsnivået. Helsesektoren samarbeider med forsvaret om planverk og øvelser bl.a. i en pilot ledet av Helse Nord RHF, som oppfølging av Nasjonal helseøvelse og Trident Juncture 2018.

En rekke helsetrusler er grenseoverskridende. Norge deltar derfor i internasjonalt samarbeid om overvåking, varsling, analyse og tiltak for å forebygge, oppdage og håndtere hendelser i Verdens helseorganisasjon, Det internasjonale atomenergibyrådet (IAEA), NATO og OECD. Nordisk helseberedskapsavtale gir rammer for nordisk samarbeid og omfatter bl.a. informasjonsutveksling og assistanse ved kriser. Norge samarbeider nært med EU om helseberedskap. Det vises til omtale under kap. 703. Norge har i samarbeid med EU etablert medisinske team (Emergency Medical Team (EMT)) som kan ivareta prehospital triage, stabilisering og livreddende

behandling av pasienter en avgrenset periode i et land som er rammet av en krise. NOR EMT ble godkjent av WHO i 2018 og er meldt inn som kapasitet til EU. NOR EMT er et supplement til mottakerlandets helsetjeneste og ikke-statlige aktørers innsats i akutte kriser. Norge bidro i 2020 med NOR EMT i Italia og Hellas, og i 2021 i Haiti. NOR EMT, som etter en ekstern evaluering i 2022 etableres som en permanent ordning, forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet sammen med Justis- og beredskapsdepartementet og Utenriksdepartementet. Helsedirektoratet leder arbeidet i samarbeid med de regionale helseforetakene, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Folkehelseinstituttet, Forsvaret og frivillige organisasjoner.

Anmodningsvedtak

Norges tilgang til produksjonskapasitet for kritisk medisinsk utstyr

Vedtak nr. 727, 11. mars 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at Norge har tilgang til produksjonskapasitet for kritisk medisinsk utstyr, herunder gjennom offentlig-private avtaler som raskt kan etablere produksjonslinjer for smittevernutstyr og kritiske medikamenter.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 5 (2020–2021), jf. Innst. 275 S (2020–2021).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr og beredskapslagre for forsyningskritiske legemidler. Vedtaket er videre fulgt opp ved at de regionale helseforetak på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har utredet tiltak for det permanente nasjonale smittevernlageret hvor det inngår leverandøravtaler og Helsedirektoratets utredning om forskriftsfesting av krav til beredskap for smittevernutstyr og personlig verneutstyr.

Nasjonalt produksjon og beredskap for kritisk viktig smittevernutstyr

Vedtak nr. 889, 11. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen gjennom dialog med potensielle norske produsenter sikre en nasjonal produksjon og beredskap for kritisk viktig smittevernutstyr.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:124 S (2020–2021), jf. Innst. 363 S (2020–2021).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppbygging av nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr. Vedtaket er videre fulgt opp ved at de regionale helseforetak på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har utredet tiltak for det permanente nasjonale smittevernlageret hvor det inngår leverandøravtaler og Helsedirektoratets utredning om forskriftsfesting av krav til beredskap for smittevernustyr og personlig verneustyr.

Beredskapsmodell for norsk produksjon av legemidler

Vedtak nr. 575, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig få på plass en beredskapsmodell for norsk produksjon av viktige legemidler, herunder antibiotika, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 7 (2019–2020), jf. Innst. 255 S (2019–2020).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom flere tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av høsten sende utkast til lov- og forskriftsendringer om den permanente innretningen for legemiddelberedskapsrådet på høring. I høringsnotatet foreslås det bl.a. å opprette et Nasjonalt legemiddelberedskapsråd ledet av Helsedirektoratet. Rådet skal ha totaloversikten over nasjonale legemiddelberedskapslagre og sikre tett samhandling på tvers av helsetjenesten. Rådet skal også gi faglige anbefalinger om innkjøp og lagring av virkestoff, herunder ev. kriseproduksjon dersom det vurderes som egnet tiltak for å ivareta tilgangen til enkeltlegemidler. Dette er en vurdering som vil måtte sees i sammenheng med øvrige tiltak, herunder lagervolum, forsynings situasjonen og ev. felleseuropeiske tiltak. Eksempelvis ble det under pandemien kjøpt inn råstoff for å kunne kriseproducere enkelte forsyningskritiske intensivlegemidler, uten at dette viste seg å være nødvendig for å ivareta tilgangen.

Helsedirektoratet har gjennomført en mulighetsstudie for norsk produksjon av antibiotika innenfor en ramme på 15 mill. kroner. Studien viste at tiltaket ville medført betydelige kostnader

for staten, med et svært usikkert inntektspotensial og juridisk grunnlag for gjennomførbarhet.

Beredskapsavtaler for norsk produksjon av legemidler

Vedtak nr. 963, 20. mai 2021

«Stortinget ber regjeringen umiddelbart gå i dialog med relevante produksjonsmiljøer med sikte på å inngå beredskapsavtaler for norsk produksjon av viktige legemidler.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:171 S (2020–2021), jf. Innst. 405 S (2020–2021).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom bl.a. Legemiddelverkets kartlegging av produksjonskapasitet våren 2020. Denne viste at det kun var mulig å egenprodusere noen få legemidler. Som oppfølging ble det kjøpt inn virkestoff for enkelte kritiske intensivlegemidler, jf. også omtale av vedtak nr. 575 av 14. mai 2020. Det vises videre til departementets forslag om å opprette et Nasjonalt legemiddelberedskapsråd. Nasjonalt legemiddelberedskapsråd skal gi faglige anbefalinger i legemiddelberedskapsspørsmål og sikre større grad av samhandling mellom både etatene og primær- og spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt legemiddelberedskapsråd vil gi faglige råd som vil være del av grunnlaget for beslutninger i etatene og virksomhetene med ansvar for legemiddelberedskapen. Dette inkluderer også faglige anbefalinger om innkjøp og lagring av virkestoff, herunder ev. kriseproduksjon.

Innkjøp av legemidler til norsk helsetjeneste må i utgangspunktet gjennomføres etter regelverk for offentlige anskaffelser, herunder også prinsippet om ikke-diskriminering på grunnlag av nasjonalitet. Forbudet mot diskriminering innebærer at en oppdragsgiver ikke kan fastsette krav eller kriterier, eller foreta handlinger eller unnløtelser, som gjør at utenlandske leverandører diskrimineres og/eller at norske leverandører favoriseres. Både direkte diskriminering og indirekte diskriminering er forbudt.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

Post 22 Beredskapslagring legemidler

Departementet vil i løpet av høsten 2022 sende utkast til lov- og forskriftsendringer om den permanente innretningen for legemiddelberedskapen («Roller og ansvar innenfor legemiddelberedskapsområdet og innretning av legemiddelberedskapslager for primærhelsetjenesten») på høring. Forslaget følger opp anbefalinger fra Koronakommisjonens rapporter, i tillegg til anbefalinger fra Helsedirektoratet fra både før, under og etter pandemien. Det foreslås bl.a. å etablere et Nasjonalt legemiddelberedskapsråd ledet av Helsedirektoratet. Rådet vil sikre større grad av koordinering og styring av legemiddelberedskapen, herunder samhandling og totaloversikt over beredskapslagre. Rådet skal bl.a. gi faglige anbefalinger om hvilke legemidler som bør omfattes av beredskapslageret, prioritering ved mangelsituasjoner, og innkjøp og lagring av virkestoff, herunder ev. kriseproduksjon, dersom det vurderes som egnet tiltak.

Det foreslås en bevilgning på 110,6 mill. kroner på posten til administrasjon og kompensasjon til grossistene for utvidet beredskapslagring, og at avtaler inngått under pandemien avvikles. Det presiseres at forslaget om permanent innretning, herunder kompensasjonsmodell, er på høring høsten 2022. Dersom ny kompensasjonsmodell innføres vil det innebære at statens kostnader til beredskapslagring vil variere med NIBOR.

Etter ev. ikrafttredelse av forskrift vil det påløpe kostnader ut over det som er kompensasjon gitt i forskrift, knyttet til avvikling av avtaler inngått under pandemien. Som følge av usikkerhet om utbetalingstidspunkt mellom budsjettår foreslås stikkordet «kan overføres» på posten.

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.

Post 71 Tilskudd beredskapslagring smittevernutstyr

Bevilgningen dekker tilskudd til drift, forvaltning, videre oppbygging og utvikling av nasjonalt beredskapslager av smittevernutstyr – personlig verneutstyr (PVU).

Smittevernutstyr

Det ble i mars 2020 opprettet en midlertidig nasjonal innkjøps- og distribusjonsordning for smittevernutstyr som gjaldt ut 2020. I 2021 ble det bevilget 771 mill. kroner som et engangsbeløp til oppbygging, drift og vedlikehold av et lager for smittevernutstyr, jf. Prop. 1 S Tillegg 1 (2020–2021) og Innst. 11 S (2020–2021). Lageret inneholder bl.a. åndedrettsvern, munnbind, hansker, øyebeskyttelse, smittefrakker og heldekkende dresser. Lageret har et volum tilsvarende seks mnd. pandemiforbruk.

Målgruppen for nasjonal beredskapslagring av smittevernutstyr er den offentlige helse- og omsorgstjenesten og andre offentlige og private instanser som etter lov eller avtale ivaretar helse- og omsorgstjenester til befolkningen, offentlig tannhelsetjeneste og militær sanitet.

Gitt en holdbarhet på 5 år, viser beregninger at det årlig vil være behov for å kassere et volum tilsvarende 112 semitrailere med smittevernutstyr med en estimert gjenanskaffelsesverdi på om lag 133 mill. kroner eksklusive mva. Dette fordi lageret er langt større enn det helsetjenesten årlig kan rullere.

For å sikre gode insentiver til effektiv drift er beredskapslageret organisert i en modell med lager i helseregionene, der de regionale helseforetakene eier varebeholdningen, står for innkjøp, rullering og utvikling av lageret.

De regionale helseforetak har utredet tiltak som kan redusere årlig kassering og kostnader. Blant tiltakene som foreslås er å inngåelse av beredskapsavtaler med produsenter om produksjon ved behov og inngåelse av avtaler hvor det avtales at varepartier kan returneres med en minimum gjenstående holdbarhet.

Det er også utredet forskriftsfesting av krav til kommuner og helseregioner om å sørge for tilgang til smittevernutstyr – personlig verneutstyr, tilsvarende seks måneders normalforbruk, ved å ha beredskapslager eller avtaler med leverandører i Norge. Forskriften planlegges sendt på høring primo 2023.

Den langsiktige løsningen for robust forsyning av smittevernutstyr vil legge vekt på at den nasjonale beredskapen baseres på, Nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr, forskriftsfestet krav om beredskapslagre i sykehus/kommuner, beredskapsavtaler med leverandører (tjeneste-/produksjonsavtaler) og mulig avtaler om nasjonal produksjon.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	5 399	5 998	12 156
71	Internasjonale organisasjoner	317 329	259 917	145 917
72	Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)	41 320	20 520	21 103
	Sum kap. 703	364 048	286 435	179 176

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

- økt med 6 mill. kroner til nasjonale eksperter til EU-kommisjonen
- redusert med 114 mill. kroner knyttet i hovedsak til programutgifter for helseprogrammet EU4Health, utbetalt i Euro og valutautvikling.

Koronapandemien har demonstrert viktigheten av både solide strukturer for internasjonalt samarbeid om globale helseutfordringer samt robuste nasjonale systemer for forebygging og håndtering. Pandemien viser hvilken betydning helse har for hele samfunnet og viktigheten av internasjonal solidaritet. Det er viktig for Norge å samarbeide tett med EU, de nordiske landene og WHO. For at verden skal stå bedre rustet før neste globale helsekrise inntreffer, er det nødvendig at landene og de internasjonale organisasjonene evaluerer håndteringen av koronapandemien og følger opp forslagene til forbedringer.

Det overordnede målet for Helse- og omsorgsdepartementets internasjonale arbeid er å bidra til god folkehelse, økt kompetanse, kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og helserelaterte tjenester, nasjonalt og globalt.

I 2015 vedtok FNs medlemsland 17 globale mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Målene utgjør et rammeverk for utvikling og samarbeid om verdens utfordringer og gjelder for alle land. Helseforvaltningen har et særskilt ansvar for å følge opp bærekraftsmål 3 om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. Verdens klimautfordringer forsterker dette ansvaret. I tillegg følger helseforvaltningen opp andre helserelaterte bærekraftsmål.

Halvparten av verdens befolkning mangler tilgang til grunnleggende helsetjenester. Universell helsedekning innebærer å gi slik tilgang uten at noen drives ut i fattigdom. Det handler særlig om

å bygge ut primærhelsetjenester, skape solidariske finansieringsordninger og å styrke helse-systemer helhetlig. Universell helsedekning er en forutsetning for at vi skal kunne nå mange av bærekraftsmålene. Det vil også styrke helseberedskapen og bidra til bred samfunnsmessig og økonomisk utvikling.

Ikke-smittsomme sykdommer utgjør samlet sett den viktigste årsaken til for tidlig død i verden, bl.a. grunnet risikofaktorer som tobakk, alkohol og andre rusmidler, usunt kosthold og for lite fysisk aktivitet. Nesten en fjerdedel av alle dødsfall på verdensbasis er relatert til miljøforhold og da særlig luftforurensning. 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.

Resistente mikrober truer med å sette moderne medisin flere tiår tilbake, siden legemidler mot vanlige infeksjoner kan bli ineffektive. Dermed kan vi risikere at infeksjonsrisikoen blir så stor at vi om noen år ikke lenger kan anbefale vanlige operasjoner som keisersnitt, hofteoperasjoner og hjertekirurgi.

Migrasjon og demografiske endringer stiller helsesystemer overfor nye utfordringer. Moderne teknologi og digitale løsninger revolusjonerer vår mulighet til å forebygge, diagnostisere og behandle sykdommer. Samtidig reiser digitale helseteknologier, herunder utviklingen på området kunstig intelligens, spørsmål og utfordringer knyttet til monitorering, regulering og personvern.

Verdens klimautfordringer påvirker både helse og miljø i form av luftveislidelser, tilgang til rent drikkevann og ren mat samt spredning av smittsomme sykdommer. Endringer i klima, miljø og natur påvirker folkehelsen både direkte og indirekte, og kan virke inn på fysisk og psykisk

helse. «Grønn helse» betinger et grønt skifte. Forskning og utvikling skjer på tvers av landegrensene.

EØS-avtalen er en av Norges viktigste internasjonale avtaler, og samarbeidet med EU er av stor betydning for Norge. Gjennom EØS-avtalen er Norge fullt integrert i EUs indre marked. Dette berører store deler av departementets ansvarsområde, herunder regelverk for næringsmidler, drikkevann, tobakk, legemidler og medisinsk utstyr. Også på andre områder setter EUs regelverk rammer for norsk regelverksutforming, f.eks. knyttet til behandling av personopplysninger, dekning av utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land og godkjenning av helsepersonell. Videre deltar departementet i EU/EØS samarbeidet på områder som kreft, antibiotikaresistens, digital helse, forskning- og innovasjon. Norge er tett knyttet til EU på helseberedskapsområdet. EU styrker sitt helsesamarbeid og den europeiske helseberedskapen. Regjeringen har besluttet at Norge skal arbeide for å kunne inngå en avtale om norsk tilknytning til det styrkede europeiske helseberedskapssamarbeidet. Det skal arbeides for en løsning som gir Norge størst mulig påvirkning gjennom fulle deltakerrettigheter.

Norske myndigheter deltar i EUs byråer på helse- og mattrygghetsområdet; Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA), EUs legemiddelbyrå (EMA), EUs smittevernbyrå (ECDC) og EUs narkotikaovervåkningssenter (EMCDDA).

Norge har inngått handelsavtaler, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), på flere områder som berører 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.

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. Dette har særlig blitt synliggjort for beredskapsarbeidet i forbindelse med koronapandemien. Gjennom samarbeid vil en også dra nytte av andre lands erfaringer.

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 ministerråd, Den nordlige dimensjon og Barentssamarbeidet. Norge har bilateralt

helsesamarbeid med Ukraina. Den bilaterale helsesamarbeidsavtalen med Russland er lagt på is.

For nærmere omtale vises det til kapittel 8 Internasjonalt samarbeid i del III, Omtale av særlige tema.

Mål for 2023

Fremme norske interesser innen folkehelse, helse- og omsorgstjenester og helseberedskap ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer, byråer og komiteer, herunder:

- styrke samarbeidet med EU om helsesikkerhet og beredskap
- sikre godt utbytte av norsk deltagelse i EUs fjerde helseprogram EU4Health og deltakelse i Horisont Europa
- bidra i EUs arbeid for å ivareta tilgangen til legemidler, herunder vaksiner, bl.a. gjennom å påvirke EUs kommende legemiddelstrategi
- forebygge og redusere belastningen fra ikke-smittsomme sykdommer, inkludert psykisk helse; bl.a. følge arbeidet under EUs kreftplan og EUs nye initiativ «Healthier together»
- akselerere utvikling og implementering av gode digitale løsninger og bidra til bedre bruk av helsedata, bl.a. gjennom deltakelse i Joint Action Towards European Health Data Space
- bidra aktivt i regelverksutviklingen i EU vedrørende mattrygghet og drikkevann.

Bidra til oppnåelsen av de helserelaterte bærekraftsmålene og fremme norske interesser gjennom WHO og andre internasjonale organisasjoner, ved å:

- styrke WHO som global helsearena, særlig gjennom å understøtte WHO's rolle og styrke organisasjonen som ledende, normative og koordinerende organ i internasjonalt helsearbeid
- bidra til en helhetlig tilnærming til finansieringen av global helseinnsats, herunder globale fellesgoder, og sikre synergier mellom nasjonale, regionale og globale investeringer
- sikre bærekraftig finansiering av WHO ved at de pliktige bidragene utgjør en større andel av organisasjonens kjernebudsjett
- styrke WHO's evne til å lede og koordinere verden i helsekriser
- styrke arbeidet for universell helsedekning (UHC) og ta et særlig ansvar for arbeidet for økt åpenhet om, og bedre tilgang til legemidler
- bidra til god oppfølging av andre viktige norske prioriteringer, som arbeidet mot antimikrobiell resistens, globalt bedre tilgang til helseperso-

- nell, mattrygghet, arbeidet med verdens narkotikaproblem og aktiv aldring, samt følge opp WHO's arbeid med ikke-smittsomme sykdommer, inkludert psykisk helse, bl.a. gjennom regjeringens strategi for ikke-smittsomme sykdommer,
- bidra i oppfølgingen av miljø- og helseprosessen i regi av WHO Euro, herunder følge opp forpliktelser som følger av protokoll om vann og helse, samt program for transport, miljø og helse (THE PEP)
 - Følge opp helseprogrammet om klima og helse fra COP26.

Styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk ministerråd, herunder:

- bidra aktivt til arbeidet med Visjon 2030 om at Norden skal bli verdens mest bærekraftige og integrerte region
- følge opp de nordiske helseministrenes erklæring om et styrket nordisk helseberedskapssamarbeid.

Nordområdene

- Ivareta norsk deltakelse i helsesamarbeidet under Den nordlige dimensjon, Barentssamarbeidet og Arktisk råd.
- Etter Russlands angrep på Ukraina i februar ble arbeidet satt på pause, men deler av det faglige samarbeidet mellom de øvrige landene i nordområdene, inkludert helsesamarbeidet, har nå startet opp igjen uten aktiviteter som involverer Russland.

Andre mål:

- Ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og investeringsavtaler
- Sikre at helserelaterte aspekter ved Storbritannias uttrede fra EU blir best mulig ivaretatt

- Delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser
- Videreutvikle det bilaterale helsesamarbeidet med 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 økt med 6 mill. kroner til nasjonale eksperter til EU-kommisjonen ifb. arbeidet i EU knyttet til Health Technology Assessment (medisinske metodevurderinger) og digital helse (European Health Data Space).

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.

Bevilgningen foreslås redusert med 114 mill. kroner knyttet i hovedsak til lavere programutgifter for helseprogrammet EU4Health, utbetalt i Euro og valutautvikling.

Post 72 Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)

Det foreslås å videreføre bevilgningen til Verdens helseorganisasjon (WHO). Formålet er å ivareta norske helsepolitiske og faglige prioriteringer i WHO. Støtten vil komme i tillegg til det årlige kjernebidraget og bidragene Norge tildeler WHO over bistandsbudsjettet, jf. også omtale i Prop. 127 S (2019–2020).

Kap. 704 Norsk helsearkiv

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	66 472	65 884	67 175
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 603	8 945	5 181
	Sum kap. 704	78 075	74 829	72 356

Vesentlige endringsforslag, utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i Del I og generelle prisjusteringer:

Det foreslås å redusere med 4 mill. kroner knyttet til oppgradering av datasenter med tilhørende systemer.

Norsk helsearkiv er organisert som en enhet i Arkivverket og formålet er å sikre en forsvarlig bevaring og tilgjengeliggjøring av pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten og fremme medisinsk og helsefaglig forskning.

Et nasjonalt helseregister for ny kunnskap og bedre folkehelse

Norsk helsearkiv forvalter Helsearkivregisteret som er et nasjonalt helseregister, jf. helseregisterloven §12. Helsearkivregisteret inneholder personidentifiserbar pasientdokumentasjon om avdøde pasienter og vil være en viktig kilde for forskning.

Digitaliseringen av papirbaserte pasientarkiver fra spesialisthelsetjenesten vil føre til økt tilgjengelighet for forskere og pårørende. Det er etablert et kvalitetssystem for oppfyllelse av lov- og forskriftskrav knyttet til personvern og informasjonssikkerhet, og det er en kontinuerlig og prioritert oppgave å ha høy grad av etterlevelse i arbeidet. En sentral oppgave i 2023 er å gjøre Helsearkivregisteret kjent for forskere slik at de kan utnytte datakilden på en god og effektiv måte. Norsk helsearkiv samarbeider med Direktoratet for e-helse og Helsedataservice, slik at Helsearkivregisteret blir tilgjengelig på lik linje med andre sentrale helseregistre i Norge.

Effektiv digitalisering av pasientarkivmateriale

Norsk helsearkiv ivaretar funksjoner for mottak, digitalisering og tilhørende kassasjon, digital bevaring, innlemming og forvaltning av helsearkivregisteret, og tilgjengeliggjøring av pasientjournalene i henhold til reglene om utlevering og taushetsplikt. Norsk helsearkiv er i full produksjon med 22 produksjonslinjer, og jobber med kontinuerlig forbedring av kvalitet og effektivitet i digitaliseringen av pasientarkivene. Produksjonen er avhengig av at helseforetak og andre avleveringspliktige virksomheter avleverer sine pasientarkiver og oppfyller sine forpliktelser etter helsearkivforskriften. Ved utløpet av 2022 forventes drøyt 100 millioner sider å være digitalisert siden oppstarten. Dette utgjør mer enn 700 000 enkelt-

journaler. Målet for 2023 er å digitalisere ytterligere 36 mill. sider.

Digital langtidsbevaring av helsedata

Norsk helsearkiv skal motta og bevare elektroniske pasientjournaler fra spesialisthelsetjenesten. Første avlevering gjennomføres i samarbeid med Helse Nord RHF, journalleverandøren DIPS ASA og Direktoratet for e-helse som har etablert et prosjekt for å utvikle funksjonalitet for arkivuttrekk fra det elektroniske pasientjournal-systemet. Digital langtidsbevaring foretas etter internasjonale krav og det er etablert rutiner for kvalitetskontroll av materialet i henhold til helsearkivforskriften.

Norsk helsearkiv ivaretar også den nasjonale ordningen for oppbevaring av pasientjournaler. Ordningen gjelder journaler som kommer fra virksomheter som opphører eller avvikles der annen behandler ikke overtar.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen er i hovedsak knyttet til lønnsutgifter, utgifter til bygning, årlig support, drift og vedlikehold av datasenter, IT-infrastruktur (lagring, nettverk, overvåkings- og sikkerhetsløsninger m.m.) og systemer for Norsk helsearkiv. Bevilgningen skal også dekke kostnadene knyttet til bruk av Arkivverkets fellestjenester og systemer.

Bevilgningen under posten foreslås redusert med 67 000 kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjon ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2, del I.

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Bevilgningen er knyttet til utvidelse av IT-lagring og oppgradering av datasenteret i tråd med økt produksjon og lagringsvolum, samt kommende investeringer knyttet til oppgradering og migrering av maskinvare, utstyr og systemer ved Norsk helsearkiv. Dette er viktig for å tilfredsstillе nasjonale og internasjonale krav og anbefalinger for digital langtidsbevaring.

Det foreslås å redusere bevilgningen med 4 mill. kroner knyttet til lavere investeringer og oppgraderinger av datasenteret med tilhørende systemer.

Kap. 3704 Norsk helsearkiv

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
02	Diverse inntekter	4 111	3 143	3 237
	Sum kap. 3704	4 111	3 143	3 237

Post 02 Diverse inntekter

Posten omfatter inntekter knyttet til bistand til helseforetakene med avleveringsprosessen av

arkivmaterieil. Dette er oppgaver som etter helsearkivforskriften er en del av avleveringsplikten for virksomhetene.

Kap. 708 Eldreombudet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	9 428	10 722	5 817
	Sum kap. 708	9 428	10 722	5 817

Eldreombudets virksomhet er hjemlet i lov om Eldreombudet (eldreombudsloven) av 8. juni 2020 og ledes av et eldreombud. Eldreombudet er et uavhengig forvaltningsorgan, og hovedoppgaven er å bidra til å fremme eldres interesser og behov på alle offentlige og private samfunnsområder. Eldreombudet skal arbeide på systemnivå og ikke gå inn i enkeltsaker. Eldreombudet er lokalisert i Ålesund. Siden oppstarten i 2020 har ombudet etablert virksomheten og engasjert seg på en rekke områder, bl.a. eldres situasjon under pandemien, utfordringer i helse- og omsorgstjenesten og konsekvenser av økende digitalisering.

Avvikling av virksomheten

Regjeringen varslet ifb. RNB 2022 at den vil foreslå å avvikle Eldreombudet med virkning fra 1. juli 2023. Etaten har delvis overlappende oppgaver med andre statlig finansierte aktører. Medarbeiderne i ombudet ble umiddelbart varslet om foreslått avvikling, og departementet, med forbehold om Stortingets vedtak, startet umiddelbart arbeidet med å avvikle virksomheten i tråd med retningslinjer for avvikling av statlige virksomheter.

Det er (per august 2022) fem årsverk, hvorav ett er et engasjement. Ansattes rettigheter skal ivaretas i prosessen i tråd med statsansatteloven. Eldreombudet er bedt om å forberede avvikling av virksomheten, og Helse- og omsorgsdepartementet vil ev. tre inn i ombudets langsiktige avtaler. Det vises for øvrig til at de lokale pasient- og brukerombudene styrkes med 6 mill. kroner jf. omtale under kap. 709, post 01. og at regjeringen foreslår å styrke opplæring av de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene med 5 mill. kroner jf. omtale under kap. 714, post 21.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til godtgjørelse, varer og tjenester. Ut over gjennomgående budsjetttiltak og generell prisjustering foreslås bevilgningen redusert med en halvårsvirkning på 5 mill. kroner som følge av planlagt avvikling fra 1. juli 2023. Regjeringen vil komme tilbake til håndteringen av avviklingen av Eldreombudet ifb. tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2023.

Kap. 709 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	76 646	75 321	82 798
	Sum kap. 709	76 646	75 321	82 798

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

- Det foreslås å øke bevilgningen på kapittel 709, post 01 med 6 mill. kroner for 2023.
- Bevilgningen under posten er redusert med 117 000 kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2, del I.

Formålet med pasient- og brukerombudsordningen er å arbeide for å ivareta pasientens og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven.

Pasient- og brukerombudet er et lavterskeltilbud som skal gi alle landets innbyggere et likeverdig tilbud. Ombudet anser det som sin viktigste oppgave å være tilgjengelig for pasienter og brukere når de trenger ombudets tjenester og bistand. Ombudet søker å løse saker på lavest mulig nivå og gjerne i direkte dialog med tjenestestedene. Gjennom møter med pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenestene samler ombudene erfaringer som skal bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene.

Pasient- og brukerombudet har kontor i Hamarfest, Tromsø, Bodø, Trondheim, Kristiansund, Førde, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Skien, Tønsberg, Drammen, Hamar, Moss og

Oslo. Pasient- og brukerombudet er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet med unntak av kontoret i Oslo som administreres av Oslo kommune etter avtale med Helsedirektoratet. Ombudet i Bergen har rollen som nasjonalt koordinerende ombud med overordnet ansvar for bl.a. faglig utvikling og kommunikasjon og er talsperson for ombudene i saker av nasjonal interesse. Koordinerende ombud skal også bistå ombudene med kompetanseutvikling og veiledning og bidra til felles løsning og forståelse av prinsipielle saker.

I 2021 mottok Pasient- og brukerombudet 16 808 nye henvendelser. Dette er en økning fra 2020 da ombudet mottok 14 417 nye henvendelser. Innenfor spesialisthelsetjenesten var det flest henvendelser innenfor psykisk helsevern og kirurgi, mens det var flest henvendelser knyttet til fastlegene innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

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. Bevilgningen ble i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021–2022) styrket med 3 mill. kroner for å beholde dagens årsverk, styrke de mest sårbare kontorene og ivareta helt nødvendig utvikling i tråd med forventninger til digital kommunikasjon med befolkningen. For 2023 foreslås det å øke bevilgningen med 6 mill. kroner for å ivareta helårseffekten.

Programkategori 10.10 Folkehelse mv.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
710	Vaksiner mv.	3 316 697	3 615 586	2 458 080	-32,0
712	Bioteknologirådet	13 345	12 073	13 329	10,4
714	Folkehelse	503 667	532 621	516 326	-3,1
717	Legemiddeltiltak	73 862	75 471	79 206	4,9
	Sum kategori 10.10	3 907 571	4 235 751	3 066 941	-27,6

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	3 454 406	3 766 852	2 614 643	-30,6
50–89	Overføringer til andre	453 165	468 899	452 298	-3,5
	Sum kategori 10.10	3 907 571	4 235 751	3 066 941	-27,6

Programkategorien omfatter nasjonale satsninger og tilskudd på folkehelseområdet, vaksineforsyning, legemiddeltiltak, sektoravgifter samt Bioteknologirådet og Vinmonopolet. Regjeringen vil at forebyggende og helsefremmende arbeid skal skje på alle samfunnsområder. Å utjevne økonomiske og sosiale forskjeller er viktig for å fremme den norske folkehelsen. Dette vil være et av hovedtemaene i en stortingsmelding om folkehelsepolitikken som regjeringen vil legge fram våren 2023.

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. Dette målet er allerede nådd. Målet er videreført i bærekraftsmålene, med 1/3 reduksjon innen 2030. I tillegg til målet om å redusere tidlige dødsfall, har WHO satt globale mål for alkoholbruk, fysisk akti-

vit, tobakksbruk, salt i kostholdet, diabetes, fedme, høyt blodtrykk og tilgang til behandling. For flere av målene er Norge på god vei. Særlig for to mål har vi ikke hatt framgang, og dette gjelder målene om å øke den fysiske aktiviteten og stoppe økningen i diabetes og fedme. For salt i kostholdet mangler det datagrunnlag.

For alkohol kan det være krevende å nå målet om 10 pst. reduksjon i skadelig bruk innen 2025. Regjeringen vil følge opp nasjonal alkoholstrategi og vurdere eventuelle forsterkede tiltak.

Målet om 30 pst. reduksjon i tobakksbruk innen 2025 er innfridd for røyking, men ikke for snusbruk, hvor det tvert imot har vært en sterk økning siden 2010. Regjeringen vil som del av ny folkehelsemelding våren 2023 lansere en ny nasjonal tobakksstrategi.

Det vil også være krevende å nå målet om minst 10 pst. reduksjon i fysisk inaktivitet i befolk-

ningen som helhet innen 2025 og dette gjelder særlig blant barn og unge. Restriktive smittevern-tiltak under pandemien og perioder med nedstenging, har påvirket levevaner negativt og ført til redusert fysisk aktivitet i grupper av befolkningen, begrenset barn og unges deltakelse i organiserte idretts- og fritidsaktiviteter og i egenorganisert lek og fysisk utfoldelse. Regjeringen følger opp Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv, med mål og tiltak i flere departementer herunder tiltak om fysisk aktivitet i skole og SFO.

Det vil være krevende å nå kvantitative mål som er satt for kosthold i Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017–2023. Nye nordiske næringsstoffanbefalinger vil foreligge i 2023 og danne grunnlag for nye kostråd. Ny folkehelsemelding vil tydeliggjøre regjeringens videre arbeid på kostholdsområdet.

Psykiske lidelser er inkludert som en femte sykdomsgruppe blant de ikke-smittsomme sykdommene. Det skal utarbeides en helhetlig nasjonal NCD-strategi med innsats både på folkehelsefeltet og i tjenestene hvor psykiske lidelser vil

inngå. Befolkningsrettede tiltak vil omtales i ny folkehelsemelding som legges fram våren 2023, mens innsats i tjenestene vil omtales i Nasjonal helse- og samhandlingsplan som legges fram 2023/2024. Samlet innsats vil i etterkant oppsummeres i en helhetlig strategi som vil ha varighet til 2030.

Trygg mat og trygt drikkevann, god matinformasjon til forbrukerne og riktig merking av mat samt videre utvikling av bærekraftige mat-systemer er grunnleggende forutsetninger for god folkehelse og et godt livsmiljø. Hovedmålene på det matpolitiske området er omtalt i Prop. 1 S (2022–2023) 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.

Det er i samarbeid med Statistisk sentralbyrå under utvikling nasjonale målepunkter for Bærekraftsmål 3, Delmål 2.2 og øvrige delmål som har relevans for befolkningens helse.

Kap. 710 Vaksiner mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	381 544	267 509	260 294
22	Salgs- og beredskapsprodukter mm., <i>kan overføres</i>	116 257	148 077	276 986
23	Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19, <i>kan overføres</i>	2 818 896	3 200 000	1 920 800
	Sum kap. 710	3 316 697	3 615 586	2 458 080

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

- Bevilgningen foreslås økt med 125 mill. kroner over kap. 710, post 22 knyttet til oppdatert prognose for innkjøp av salgs- og beredskapsprodukter. Se også omtale under kap. 3710, post 03.
- Bevilgningen foreslås redusert med 1,28 mrd. kroner over kap. 710, post 23 knyttet til forhåndsavtaler, innkjøp av vaksine mot covid-19 og vaksinasjon.

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 og gjennomføre vaksineren av programvaksiner. Instituttet sørger for innkjøp, lagring og distribusjon av vaksiner til nasjonale vaksinasjonsprogram. Innkjøp av vaksiner gjennomføres etter utlyst anbud i EØS-området. Folkehelseinstituttet gir faglige retningslinjer for gjennomføring av de 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. Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet består av barnevaksinasjoner, influensavaksinasjo-

ner og vaksinasjon mot covid-19. Barnevaksinasjonsprogrammet skal etter forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 4 tilbys alle barn i førskole- og grunnskolealder og gjennomføres i helsetasjons- 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. I tillegg tilbys vaksine mot pandemisk influensa og mot covid-19 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

Bevilgningen dekker innkjøp av vaksiner til barnevaksinasjonsprogrammet 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.

Bevilgningen foreslås redusert med 7 mill. kroner knyttet til oppdatert prognose for innkjøp av vaksiner.

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 for 2023 på post 21 foreslås redusert fra 580 mill. kroner til 500 mill. kroner.

Post 22 Salgs- og beredskapsprodukter m.m.

Bevilgningen dekker innkjøp av vaksiner til utbrudd, beredskap og salgsvaksiner herunder vaksiner mot sesonginfluensa. Innkjøp omfatter også etablering av beredskapslager med vaksiner for gjennomføring av smitteverntiltak som ikke dekkes gjennom vaksinasjonsprogrammene.

Bevilgningen foreslås økt med 125 mill. kroner knyttet til oppdatert prognose for innkjøp av salgs- og beredskapsprodukter hvorav 11,8 mill. kroner er knyttet til anskaffelse av vaksiner til bruk mot apekopper. Det vises for øvrig til omtale under kap. 3710, post 03.

Helse- og omsorgsdepartementet har bestillingsfullmakt til å foreta bestillinger knyttet til salgs- og beredskapsprodukter 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 for 2023 på post 22 foreslås økt fra 80 mill. kroner til 200 mill. kroner.

Det foreslås at posten tilføyes stikkordet «kan overføres». For å kunne inngå avtaler der det er usikkerhet om leveringstidspunktet, er det nødvendig at posten er overførbar.

Post 23 Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19

Bevilgningen dekker innkjøp av vaksiner mot covid-19 og vaksinasjon innenfor koronavaksinasjonsprogrammet. Bevilgningen foreslås redusert med 1,28 mrd. kroner knyttet til forhåndsavtaler, innkjøp av vaksine mot covid-19 og vaksinasjon. Forslaget er inkludert uttaksmerverdiavgift. Forslaget tar høyde for at det i 2023 kan bli anbefalt oppfriskningsdose til alle personer 45 år og eldre og enkelte risikogrupper inkludert enkelte barn og ansatte i helse- og omsorgssektoren med pasientkontakt. Pandemisituasjonen tilsier at deler av befolkningen sannsynligvis også i årene framover, vil ha behov for oppfriskningsdoser og/eller vaksiner som beskytter mot nye virusvarianter. EU inngår vaksineavtaler der Norge gis anledning til å delta. Det vil kunne oppstå behov for å delta i nye avtaler. Dette er usikkerheter som det er vanskelig å ta høyde for og som regjeringen ev. vil komme tilbake til i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2023.

I forslaget er det lagt til grunn at staten dekker kommunenes, Svalbards og helseforetakenes kostnader til gjennomføring av vaksinasjonsprogrammet. Regjeringen vil komme tilbake til disse utgiftene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2023, etter en nærmere gjennomgang av kommunenes kostnader i forbindelse med vaksinasjon mot covid-19.

Det foreslås at Helse- og omsorgsdepartementet gis bestillingsfullmakt til å foreta bestillinger knyttet til vaksiner mot covid-19 utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye

bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger vedtatt ramme. Bestillingsfullmakten for 2023 på post 23 foreslås til 500 mill. kroner.

Det foreslås at posten tilføyes stikkordet «kan overføres». For å kunne inngå avtaler der det er usikkerhet om leveringstidspunktet, er det nød-

vendig at posten er overførbar. Det foreslås at Helse- og omsorgsdepartementet gis fullmakt til at vaksinedoser som ikke er planlagt brukt i Norge og som det ikke vurderes som hensiktsmessig å beholde i et beredskapslager, doneres eller kasseres.

Kap. 3710 Vaksiner mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
03	Vaksinesalg	94 832	144 286	279 686
	Sum kap. 3710	94 832	144 286	279 686

Post 03 Vaksinesalg

Bevilgningen dekker bl.a. anskaffelse av:

- vaksine mot sesonginfluensa og sykdom forårsaket av pneumokokkinfeksjon
- vaksiner dekket av folketrygden etter blåreseptforskriften § 4
- beredskapslager av vaksiner mot sjeldne sykdommer
- reisevaksiner

Bevilgningen foreslås økt med 135,4 mill. kroner knyttet til oppdatert prognose for innkjøp av salg- og beredskapsprodukter. I prognosen tas det bl.a. høyde for inntekter fra salg av vaksine mot sesonginfluensa og pneumokokk. Prognosen er videre basert på at inntekter fra salg av øvrige salgsvaksiner forventes å øke, i takt med at samfunnet og verden åpnes og etterspørsel blir mer slik den var før covid-19 pandemien. Det vises også til omtale under kap. 710, post 22.

Kap. 712 Bioteknologirådet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	13 345	12 073	13 329
	Sum kap. 712	13 345	12 073	13 329

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

- Det foreslås en økning av bevilgningen med 1 mill. kroner fra 2023 til styrking av rådets arbeid.
- Bevilgningen under posten er redusert med 13 000 kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjon ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2, del I.

Bioteknologirådet er et frittstående, rådgivende organ oppnevnt av regjeringen, hjemlet i genteknologiloven og bioteknologiloven. Bioteknologi-

rådet 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 fem varamedlemmer, gjeldende Bioteknologiråd ble utnevnt 15. april 2019 og sitter frem til 1. mai 2023. Rådet arrangerer åpne debattmøter og driver utstrakt informasjons- og undervisningsaktivitet. Sekretariatet til Bioteknologirådet har åtte årsverk i 2022. Ved utgangen av 2020 ble Bioteknologirådet flyttet til Bergen.

Post 01 Driftsutgifter

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

Kap. 714 Folkehelse

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	112 054	127 273	102 802
22	Gebyrfinansierte ordninger			28 531
60	Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	95 652	96 948	87 930
70	Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	177 986	179 747	186 480
74	Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	15 300	21 050	21 648
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	102 675	107 603	88 935
	Sum kap. 714	503 667	532 621	516 326

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.

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

- Bevilgningen foreslås redusert med 7,5 mill. kroner knyttet til pilotprosjekt for røykeslutt.
- Bevilgningen foreslås økt med 5 mill. kroner for å styrke opplæring av de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene, herunder kurs og fysiske samlinger som er viktig for dialog og erfaringsutveksling.

Anmodningvedtak

Styrket opplæring av eldrerådene

Vedtak nr. 1281, 17. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for en styrket opplæring av eldrerådene gjennom at det søkes å få til et samarbeid mellom Pensjonistforbundet, KS og Rådet for et aldersvennlig Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 33 (2020–2021) Regulering av pensjoner i 2021 og pensjonisters inntektsforhold, jf. Innst. 665 S (2020–2021).

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Senteret for et aldersvennlig Norge i oppdrag å tilby de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene og andre kommunale folkevalgte og administrative medarbeidere opplæring i eldrerådernes oppgaver og i medvirkningsarbeid for å fremme mer aldersvennlige lokalsamfunn. Oppgaven skal løses i samarbeid med Rådet for et aldersvennlig Norge, herunder med Pensjonistforbundet og KS, og også involvere andre organisasjoner som

representerer eldre innbyggere. Senteret har i samarbeid med Pensjonistforbundet og KS regionalt utviklet et opplæringsopplegg som skal testes ut i Vestfold og Telemark høsten 2022 med to kurssamlinger, som skal tilbys både digitalt og med fysisk deltakelse. På bakgrunn av erfaringene skal det ferdigstilles et kursopplegg som kan være landsdekkende og tilbys etter kommunevalget i 2023. Som del av forarbeidet ble det gjennomført en undersøkelse blant medlemmer av eldrerådene som viste at over 50 prosent av de som svarte ikke har fått noe opplæring. Eldrerådene er viktige representanter og talerør for hele eldrebefolkningen, de har en sentralt rolle i å bidra til utviklingen av aldersvennlige lokalsamfunn, og som attraktive samarbeidspartnere for kommunens administrative og politiske ledelse. Regjeringen vil derfor bidra til ytterligere styrking av opplæringstilbud for eldrerådene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker spesielle driftsutgifter på folkehelseområdet. Utover prisjustering og gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås

- å øke bevilgningen med 2,5 mill. kroner til etablering av rusmiddelforebyggende program for barn og unge.
- å øke bevilgningen med 2,5 mill. kroner slik at Folkehelseinstituttet og Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet kan hente inn kunnskap om betydningen av å tilby skolemåltid på skoler/kommuner/fylker der det allerede er innført ordninger, eller pågår utprøving med skolemåltid. Se nærmere omtaler under.
- å øke bevilgningen med 3,5 mill. kroner til OsloMet finansiering av Ungdata junior. Se nærmere omtaler under.
- å redusere bevilgningen med 7,5 mill. kroner knyttet til pilotprosjekt for røykeslutt. Se nærmere omtale under.
- å redusere bevilgningen med 0,4 kroner, jf. nærmere omtale under kap. 2.
- å flytte 28,5 mill. kroner til kap. 714 post 22 Gebyrfinansierte ordninger, jf. omtale der.
- å øke bevilgningen med 5 mill. kroner for å styrke opplæring av de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene, herunder kurs og fysiske samlinger som er viktig for dialog og erfaringsutveksling. Se nærmere omtaler under.

Kommunikasjon om levevaner og helse

Det foreslås 25,5 mill. kroner til kommunikasjon om levevaner og helse. Fra og med 2022 kommuniserer Helsedirektoratet levevaner under det nye konseptet «lev». Her henger levevanene mer sammen, og psykisk helse er en integrert del av kommunikasjonen.

Lav eller varierende grad av helsekompetanse er en økende utfordring. Lev skal bidra til å sette hele befolkningen bedre i stand til å fremme egen helse, forebygge sykdom og mestre egen sykdom – uavhengig av språk, helse- og digital kompetanse. Dette gjøres ved å vise sammenhengen mellom ulike levevaner, psykisk helse og ikke-smittsomme sykdommer og samtidig tilby lavterskel digitale verktøy som støtter folk med å gjøre en endring. Hovedmålgruppen er voksne mennesker med gryende utfordringer knyttet til helsa. Lev-konseptet inneholder kommunikasjonsløp for alle levevaner i fellesskap og hver for seg. Arbeidet gjennomføres i tråd med Helsedirektoratets helhetlige kommunikasjonsstrategi og andre føringer, herunder intensjonsavtalen med matvarebransjen og pågående oppfølging av handlingsplaner og strategier.

Kunnskapen i befolkningen om helseskader i sammenheng med bruk av alkohol er varierende og mangelfull. Helsedirektoratet vil videreføre og forsterke kommunikasjonssatsingen på alkohol for å bidra til at informasjon om alkohol blir kommunisert på en saklig og tilgjengelig måte. Satsingen skal også bidra til å øke befolkningens helsekompetanse relatert til alkoholbruk.

Program for folkehelsearbeid i kommunene (folkehelseprogrammet)

Det foreslås 5 mill. kroner til kompetansestøtte og evaluering i forbindelse med folkehelseprogrammet, herunder 4 mill. kroner i regi av Helsedirektoratet og 1 mill. kroner til kunnskapsstøtte og evaluering i regi av Folkehelseinstituttet.

Helsedirektoratet har ansvar for å implementere folkehelseprogrammet og arrangerer ulike aktiviteter for å styrke kunnskap sammen med Folkehelseinstituttet og KS. Helsedirektoratet har i forbindelse med programmet et samarbeid med Frivillighet Norge, Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner og Landsforeningen Ungdom og fritid. Formålet er å fremme gode og trygge miljøer for barn og unge i frivillige organisasjoner og på fritidssektoren, samt utvikle kommunal frivillighetspolitikk. Samarbeidet videreføres i 2023. Kompetansesentre på psykisk helse

(RKBU/RBUP), kompetansesentre på rus (KoRus) og kompetansesentre på vold og traumatisk stress (RVTS) bidrar i folkehelseprogrammet med kompetanse i regionale samarbeidsorgan og på kurs og konferanser, samt ved veiledning og evaluering av tiltak i kommuner. I 2022 vil kompetansesentrene på psykisk helse (RKBU/RBUP) ferdigstille kurs i implementering av tiltak.

I 2021 ble det gjennomført en midtveiseevaluering av programmet, den ble lagt frem i 2022. Hovedmålsettingen for programmet er at kommunene har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid og integrert psykisk helse og rusmiddelforebygging som del av dette. Evalueringen viser at programmet er på god vei mot å nå denne målsettingen, med noe variasjon.

Midtveiseevalueringen viser at forsknings- og utviklingsarbeidet som finner sted i programmet er på god vei. Helsedirektoratets rolle opplevdes som støttende og svært nyttig for fylkene. Folkehelseinstituttet har særlig bidratt med kompetansebygging i evalueringsarbeidet overfor fylker og i noen grad enkelttiltak. Læringsnettverkene opplevdes som relevante og nyttige, og KS sin rolle mht. implementering er viktig. Programmet har generert samarbeid mellom kommuner og FoU/kompetansemiljø, og mellom fylkeskommunene og miljøene. Det har ført til bedre samarbeid, men evalueringen viser at det er behov for å styrke fylkeskommunens rolle som mediator. Det er også forbedringspunkter, bl.a. mangel på sterke samarbeidsrelasjoner med frivilligheten. Helsedirektoratet vil oppdatere programplanen i tråd med midtveiseevalueringen, som også vil gjenspeile de politiske prioriteringene regjeringen har knyttet til frivillighet og sosial utjevning. Tilskuddsordningen til fylkeskommunen, og justering av denne som følge av evalueringen, er nærmere omtalt under kap. 714, post 60.

Ungdata og Ungdata junior

Det foreslås totalt 7,6 mill. kroner til OsloMet herunder 4,1 mill. kroner til drift av Ungdata og 3,5 mill. kroner til drift av Ungdata junior.

Ungdata er en spørreskjemaundersøkelse i aldersgruppen ungdomsskole og videregående. Ungdata junior er en spørreskjemaundersøkelse til elever på 5.–7. trinn. Resultatene fra Ungdata og Ungdata junior brukes som kunnskapsgrunnlag i forebyggende ungdomsarbeid og annet arbeid rettet mot ungdom, samt i politikktutvikling og styring lokalt og nasjonalt. I tillegg brukes data fra undersøkelsene i undervisning og til forskning. Data fra Ungdata og Ungdata junior er sentralt inn

i kommunens oversikt over folkehelseutfordringer som grunnlag for målrettede tiltak for å fremme helse og livskvalitet herunder fremme psykisk helse og i det rusforebyggende arbeid.

I 2021 deltok om lag 140 000 ungdommer i Ungdata. Aldri har så mange ungdommer deltatt i Ungdata-undersøkelsene på en gang. I alt var det om lag 83 000 ungdommer på ungdomstrinnet som besvarte undersøkelsen, og litt over 56 000 i videregående opplæring. Grunnen til at det var ekstra mange som deltok i 2021, er at alle de kommunene som gjennomførte Ungdata i 2020 også fikk tilbud om å gjennomføre i 2021 hvis de ønsket det. I alt var det 73 av disse som takket ja til tilbudet.

I 2021 var det 58 450 barn som besvarte Ungdata junior-undersøkelsen. I 2021 gjennomførte 111 kommuner Ungdata junior-undersøkelser. I alt er det gjennomført Ungdata junior-undersøkelser i 182 kommuner og på Svalbard, i perioden 2017–2021.

Kostholdstiltak

Det foreslås 7,8 mill. kroner til kostholdstiltak for oppfølging av Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023). Handlingsplanen skal bidra til at Norge når FNs bærekraftsmål, WHO's globale mål på ernæringsområdet og WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer. Bevilgningen foreslås økt med 2,5 mill. kroner i 2023 til kunnskapsinnhenting om betydningen av skolemåltid. I 2022 er det påbegynt et arbeid med å samle kunnskap og erfaringer som grunnlag for videre arbeid med å vurdere hvordan en gradvis innføring av skolemåltid kan innrettes på en best mulig måte. Det legges til grunn at skoleeiere må stå fritt til å organisere måltider ut fra lokale forhold og lokalt samarbeid, som for eksempel med lokale matprodusenter og leverandører, NAV eller andre.

Matjungelen, utarbeidet av Folkelig AS, er et aktivitetsopplegg om mat, helse og miljø for barn på SFO/AKS. Matjungelen er et viktig verktøy for å implementere ny rammeplan for SFO. Juni 2022 var 42 000 barn fordelt på 157 kommuner påmeldt. Matjungelen barnehage ble lansert mars 2021. 9 700 barn i 158 barnehager i 73 kommuner var påmeldt per juni 2022.

Ordningen med utdeling av gratis vitamin D-preparat via helsestasjonene til utvalgte grupper barn som ammes skal videreføres. Arbeidet for å fremme amming og god spedbarnsernæring i tråd med mål i handlingsplanen, er styrket gjennom en

digital løsning for spedbarnsernæring, publisert på Helsenorger på flere språk.

Et sentralt tiltak i handlingsplanen er samarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og matvarebransjen gjennom intensjonsavtalen for et sunnere kosthold. Avtalen har varighet ut 2025. Totalt er i underkant av 100 aktører tilknyttet intensjonsavtalen. Avtalen inneholder konkrete målsetninger for reduksjon av salt, mettet fett og tilsatt sukker, samt mål for å øke inntaket av frukt, bær, grove kornvarer, fisk og av nøkkelhullsmerkede produkter. Helsedirektoratet skal fortsatt understøtte arbeidet knyttet til intensjonsavtalen generelt, også gjennom sitt kommunikasjonsarbeid. Folkehelseinstituttets arbeid med innhenting av data for grensehandel av matvarer i samarbeid med SSB skal fortsette.

De nye nordiske ernæringsanbefalingene, Nordic Nutrition Recommendations (NNR2022), skal publiseres i 2023 og vil danne grunnlag for revidering av nasjonale kostråd. Der det er tilstrekkelig dokumentasjon, vil aspekter knyttet til bærekraft og kostråd for å forebygge overvekt og fedme, bli inkludert i de nye anbefalingene.

Nasjonale mål for vann og helse

Det foreslås videreført 1 mill. kroner til arbeidet med å nå nasjonale mål for vann og helse. Det er igangsatt et arbeid med sikte på å revidere de nasjonale målene for vann og helse og utarbeide en tverrsektoriell gjennomføringsplan. Målene fra 2014, 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. Det samme vil gjelde etter at målene er revidert og fastsatt på nytt av regjeringen.

Rusmiddelforebyggende arbeid

Det foreslås 7 mill. kroner til satsinger på rusmiddelområdet, herunder oppfølging av Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025) og tiltak mot cannabis.

Regjeringen skal gjennomføre en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. Reformen skal bl.a. styrke den rusforebyggende innsatsen. Det tas sikte på å legge frem reformen i form av en stortingsmelding høsten 2023. Meldingen ses i sammenheng med opptrappingsplan for psykisk helse, folkehelsemeldingen mv. Meldingen vil omfatte hele bredden av rusfeltet. Se for øvrig omtale under programkategori 10.60.

Regjeringen stiller seg bak hovedprioriteringene i Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025), og vil vurdere ytterligere tiltak for å begrense alkoholkonsumet og redusere alkoholskader. Helsedirektoratet har ansvaret for å følge opp en rekke av tiltakene i alkoholstrategien på folkehelseområdet.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2021 informasjonskampanjen www.weedensenteret.no om cannabis for å øke oppmerksomheten om stoffets skadevirkninger. Direktoratet vil følge opp denne satsingen gjennom nødvendig oppdatering og drift av nettsiden og eventuell gjentakelse av kampanjen. I samarbeid med relevante fagmiljøer og frivillige organisasjoner, deriblant brukerorganisasjoner, vil Helsedirektoratet vurdere hvordan den rusforebyggende innsatsen blant unge voksne kan styrkes.

Det ble i 2021 bevilget til sammen 1,1 mill. kroner til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) til utvikling av en modell for evaluering av forebyggingsinnsatsen. Norge har tidligere tatt initiativ til og bidratt med finansiering av internasjonale forebyggingsstandarder (International Standards on Drug Use Prevention) i regi av UNODC. Standardene gir en sammenstilling og vurdering av forebyggingsprogrammer og -metoder som er evaluert internasjonalt. Med bakgrunn i de internasjonale forebyggingsstandardene ønsker UNODC å utvikle en kunnskapsbasert, komparativ metode for evaluering av ulike lands forebyggingsinnsats. UNODC vil pilotere en slik modell i Norge. Prosjektet er forsinket, men vil bli gjennomført i 2022–2023. Metoden vil primært omfatte narkotika, men evalueringen vil også kunne gi verdifull kunnskap om forebyggingsinnsatsen på alkoholområdet. Modellen vil kunne bli et viktig verktøy i det internasjonale narkotikaarbeidet i regi av UNODC, og en evaluering av den norske forebyggingsinnsatsen vil også gi et godt kunnskapsgrunnlag for utviklingen av rusmiddelpolitikken framover, og særlig til det nasjonale forebyggingsprogrammet.

Pilot for røykeslutt

Det foreslås å redusere bevilgningen til pilotprosjektet med 7,5 mill. kroner. Gjenværende bevilgning på 2,5 mill. kroner vurderes å være tilstrekkelig til å avslutte prosjektet som planlagt sommeren 2023. Pilotprosjektet i vestre Viken med gratis legemidler til røykeslutt og veiledning ved frisklivssentraler, har hatt stor pågang og vist gode resultater. I første halvdel av prosjektperioden fulgte 21 frisklivssentraler opp om lag 1 600

deltakere med hjelp til røykeslutt. Frisklivssentralene har kombinert digital oppfølging med fysisk oppmøte. En spørreundersøkelse viser at tilbudet er etterspurt av målgruppen og bidrar til å øke motivasjonen for å slutte å røyke. I 2022 har frisklivssentralene i pilotregionen planlagt å følge opp 1 100 nye personer. Pilotprosjektet evalueres av Folkehelseinstituttet. Den tverrfaglige forskergruppen Norcor startet januar 2021 en randomisert kontrollert studie knyttet opp mot tilbudet.

Økt kunnskap om barn og unges psykiske helse

Det foreslås å videreføre 5 mill. kroner til Folkehelseinstituttet for å kunne bidra til økt kunnskap om barn og unges psykiske helse. Instituttet skal fremskaffe mer kunnskap om årsaker og konsekvenser av den observerte økningen i psykiske plager og lidelser blant norsk ungdom, samt til forskning på effektive helsefremmende og forebyggende tiltak som kan snu utviklingen.

Økt veiledning

Det foreslås 2 mill. kroner til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet til økt veiledning av Instituttet for energiteknikk og Norsk nukleær dekomisjonering i forbindelse med oppryddingen av de norske atomreaktorene. Veiledningen innebærer bl.a. rådgivning mht. søknadsprosesser, lovverk både nasjonalt og internasjonalt, KVU/KS og sikkerhet.

Aldersvennlig Norge

Det foreslås å videreføre 7,2 mill. kroner over kap. 714, post 21 til drift av Senteret for et aldersvennlig Norge. I tillegg foreslås det bevilget midler til program for et aldersvennlig Norge over kap. 761, post 21. Utviklingen med en aldrende befolkning må møtes med et bærekraftsperspektiv og tverrspektoriell tilnærming slik at eldre innbyggere skal kunne delta, være aktive, oppleve livskvalitet og trygghet på alle samfunnsområder. Arbeidet vil tas videre som del av den nye Bo trygt hjemme-reformen, jf. omtale under kap. 761 og i ny stortingsmelding om folkehelsepolitikken som legges fram våren 2023.

Regjeringen har oppnevnt Rådet for et aldersvennlig Norge for perioden 2022–2023. Ny leder for rådet er Berit Brørby, og ellers er rådet sammensatt av representanter for ulike organisasjoner som har ansvar for å bidra til aldersvennlig løsninger. Rådet skal bidra til å forankre og gjennomføre nasjonalt program for et aldersvennlig

Norge, være en pådriver for å fremme nytenking. Rådet skal også bidra inn i regjeringens arbeid med Bo trygt hjemme-reformen. Senteret for et aldersvennlig Norge, som er administrativt underlagt Helsedirektoratet og er lokalisert i Ålesund, har sekretariatsfunksjon for rådet, ansvar for å gjennomføre programmet og være et kunnskaps- og utviklingsmiljø om aldersvennlig samfunn. I 2021 har senteret startet arbeidet med en partnerskapsordning, og har inngått avtaler med en rekke organisasjoner. Det er etablert et nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner hvor over 190 kommuner nå deltar. Videre har senteret bl.a. forestått en kampanje for å engasjere eldre selv tidligere i boligplanlegging og i frivillig arbeid, og utviklet kunnskap og metodikk for å øke eldres deltakelse i frivillighet i kommunene.

Bevilgningen foreslås økt med 5 mill. kroner til systematisk opplæring for medlemmer av de kommunale og fylkeskommunale eldrerådene. Regjeringen ønsker å styrke medvirkning og reell innflytelse for eldre innbyggere overfor kommunestyret i saker som berører dem. Eldrerådene har lenge etterlyst bedre opplæring, og regjeringen imøtekommer her et krav fra pensjonistenes organisasjoner i kontaktmøtene med regjeringen. Opplæringen skal skje i samarbeid mellom Senteret for et aldersvennlig Norge, Pensjonistforbundet og andre senior-organisasjoner samt KS. Som en oppfølging av anmodningsvedtak 1 281 har senteret i 2022 i samarbeid med Pensjonistforbundet utviklet en pilot som kan danne grunnlag for et landsdekkende opplæringstilbud som tilbys eldrerådene fra høsten 2023, etter kommunevalget. Tilbudet skal kunne gis både som fysiske samlinger og digitalt. Medvirkning fra eldrerådene er sentralt i arbeidet med aldersvennlige lokalsamfunn.

Det foreslås å videreføre 2 mill. kroner til Helsedirektoratet for å forestå kunnskapsutvikling om aktiv aldring og aldersvennlige samfunn. I 2022 er det utarbeidet en kunnskapsoversikt om aldersvennlig transport og en rapport om eldres situasjon under koronaen. Direktoratet skal bl.a. bidra til å utvikle indikatorer om aktiv aldring og aldersvennlig samfunn som grunnlag for å følge utviklingen og forankre innsatsen bedre i de ulike sektorer.

Helseundersøkelser

Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner til helseundersøkelser i regi av Folkehelseinstituttet, herunder Fylkeshelseundersøkelser, Nasjonale folkehelseundersøkelser og Barnevekststudien, jf. omtale under kap. 745.

Post 22 Gebyrfinansierte ordninger

Bevilgningen dekker bevillings- og registreringsordninger på tobakksfeltet finansiert av gebyrer og avgifter (jf. kap. 3714, post 04 og kap. 5572, post 75) og Helsedirektoratets forvaltning av bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige bevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly.

Bevillings- og registreringsordninger på tobakksfeltet

Det foreslås 25,8 mill. kroner til Helsedirektoratets forvaltning av bevillings- og registreringsordninger på tobakksfeltet:

- 2,5 mill. kroner knyttet til søknadsbehandling for bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakksvarer, jf. kap. 3714, post 04.
- 4,4 mill. kroner knyttet til gjennomføring av EUs tobakksdirektiv, jf. kap. 3714, post 04.
- 18,9 mill. kroner knyttet til registreringsordningen for tobakkssalg og nytt system for sporing og sikkerhetsmerking av tobakksvarer, jf. sektoravgift på kap. 5572, post 75.

Bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakksvarer trådte i kraft i november 2020 og per august 2022 er det gitt 30 bevillinger, hvorav 23 til import, fem til eksport og to til produksjon.

Implementeringen av EUs tobakksproduktdirektiv er fremdeles forsinket grunnet EU/EØS-prosesser, men departementet forventer at det kan tre i kraft i første halvår 2023. I 2021 trådte godkjenningsordningen for nye tobakks- og nikotinprodukter i kraft, basert på tobakksdirektivet. Per mars 2022 hadde direktoratet mottatt seks søknader for tobakksfri nikotinsnus og produkter med oppvarmet tobakk.

Gjennom registreringsordningen for tobakksalg har kommunene fått en systematisk oversikt over tilsynsobjekter. Kommunene fører tilsyn med vanlige salgssteder, mens Helsedirektoratet fører tilsyn med grossister og enkelte salgssteder. Det arbeides kontinuerlig med videreutvikling og forbedring av registerløsningen for å gjøre den mest mulig brukervennlig. I 2021 gjennomførte Helsedirektoratet dokumenttilsyn med grossister og salgssteder. I tilsynet ble det lagt vekt på at grossister kun selger til registrerte salgssteder og at salgsstedene har et tilfredsstillende internkontrollsystem.

Bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige bevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly

Det foreslås 2,7 mill. kroner til Helsedirektoratets forvaltning av bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og statlige skjenkebevillinger for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5–2 første ledd nr. 1 og 2, jf. også kap. 3714, post 04.

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 prisjustering og gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I, foreslås

- å redusere bevilgningen med 3,6 mill. kroner, jf. nærmere omtale under del 1 og kap. 700
- å redusere bevilgningen med 2 mill. kroner knyttet til innsparinger i enkeltstående tilskudd med øremerkede mottakere
- å redusere bevilgningen med 113 000 kroner, jf. nærmere omtale under kap. 2
- å flytte 6 mill. kroner til kap. 714 post 70 knyttet til en ny, søknadsbasert tilskuddsordning for faktainformasjon om rus og rusmidler

Program for folkehelsearbeid i kommunene (folkehelseprogrammet)

Det foreslås å videreføre 77,8 mill. kroner til tilskuddsordningen «Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene» hvorav 0,8 mill. kroner til Sunne kommuner. 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. Målet med tilskuddsordningen er å styrke kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Folkehelseprogrammet skal fremme lokalt rusforebyggende arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Barn og unge er en prioritert målgruppe.

Fylkeskommunene bistår kommunene med kunnskap og kompetanse i tiltaksgjennomføringen, og legger til rette for samarbeid mellom kommuner og forsknings- og kompetansemiljøer om utvikling og evaluering av helsefremmende tiltak. Det gjennomføres i hovedsak prosessevalueringer av tiltakene. NIBIR har i Midtveisevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017–

2027 (NIBR-Rapport 2022:5) fant at flere kommuner ønsker at midler fra programmet kan knyttes mot implementering av tiltak utviklet i programmet. Videre fant evalueringen at fylkeskommunen har mangelfulle rammer for å ivareta rollen som mediator for å fremme kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

I tråd med midveisevalueringen foreslås å styrke fylkeskommunens rolle som mediator innen kunnskap- og kompetanseheving overfor kommunene. Videre foreslås det å tilrettelegge for at fylkeskommunen i større grad kan koordinere og gjennomføre evaluering og forskning knyttet til tiltaksutviklingen i programmet på tvers av kommunene i regionen, samt at midlene ikke utelukkende må knyttes til utvikling av nye tiltak, men også implementering, f.eks. i nye befolkningsgrupper. Formål for tilskuddsordningen foreslås endret i tråd med dette. Det vises til omtale under kap. 714, post 21.

I 2022 ble det bevilget 3,3 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. Erfaringene fra utprøvingen i Vestfold og Telemark fra 2019–2022 har vist at å inkludere forebyggende arbeid mot vold og overgrep i kommunenes systematiske folkehelsearbeid bidrar til styrket tverrsektorielt samarbeid. Bevilgningen foreslås videreført i 2023 med 3,5 mill. kroner, jf. omtale under kap. 765, post 75.

Program for teknologiutvikling i vannbransjen

Det foreslås 5 mill. kroner til tilskuddsordningen program for teknologiutvikling i vannbransjen (2020–2024), 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.

Kommuner, kommunale foretak og interkommunale selskaper kan søke om tilskudd. Private vannverk vil kunne omfattes dersom kommunen har basert sin vannforsyning på et eller flere private vannverk og kommunen på bakgrunn av sitt ansvar etter helselovgivningen finner det relevant å fremme en slik søknad. Folkehelseinstituttet forvalter tilskuddsordningen. Det legges opp til at ordningen evalueres etter fem år eller eventuelt tidligere dersom den avsluttes før dette.

Områdesatsinger i Oslo

Det foreslås videreført 4,5 mill. kroner til Oslo kommune som bidrag på folkehelsefeltet i pågående områdesatsinger i Oslo. Formålet med midlene er å styrke arbeid for mer helsefremmende og sosialt bærekraftige bo- og nærmiljøer i utsatte områder med store levekårsutfordringer. Områdesatsingene i Oslo omfatter tre delprogram i seks bydeler som pågår over en tiårsperiode ut 2026 i et samarbeid mellom staten og Oslo kommune. Områdesatsinger omtales i sin helhet i Prop. 1 S (2022–2023) Kommunal- og distriktsdepartementet, jf. programkategori 13.90 Planlegging, byutvikling og geodata.

Andre tiltak

Rusinfo er en landsdekkende informasjonstjeneste om rusmidler som drives av Oslo kommune, Velferdsetaten. Det foreslås å avvike denne øremerkingen. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2. Det vises for øvrig til forslaget om å opprette en ny, søknadsbasert tilskuddsordning for faktainformasjon om rus og rusmidler, jf. kap. 714, post 70.

Post 70 Rusmiddeltiltak mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til rusmiddelforebyggende innsats. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Ut over gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I, foreslås følgende endringer:

- Å øke bevilgningen med 2,5 mill. kroner til etablering av rusmiddelforebyggende program for barn og unge.
- Å redusere bevilgningen med 3,6 mill. kroner knyttet til innsparinger i enkeltstående tilskudd med øremerkede mottakere.
- Å flytte 6 mill. kroner fra post 60 knyttet til en ny, søknadsbasert tilskuddsordning for faktainformasjon om rus og rusmidler.

Det foreslås 46,8 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 forvaltes av Helsedirektoratet som tidligere har opplyst at ordningen som helhet har god måloppnåelse. Måloppnåelse siste år har imidlertid i stor grad blitt påvirket av pandemien og smitterestriksjoner.

Det foreslås 23,6 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 bruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet som vurderer at mottakerne i all hovedsak driver etter tilskuddsordningens formål og at tilskuddet kommer målgruppen til gode. Det er vurdert slik at måloppnåelsen på ordningen som helhet ble påvirket negativt av pandemien i 2021.

Det foreslås 66 mill. kroner til en ny tilskuddsordning for stiftelser og foreninger på rusmiddel- og dopingområdet. Denne ordningen skal erstatte tidligere øremerkede tilskudd til Actis, Akan, Antidoping Norge og Av-og-til over denne posten. Hensikten er å legge til rette for at Helsedirektoratet kan vurdere tilskuddene opp mot planlagt aktivitet og oppnådde resultater.

Det foreslås 39,5 mill. kroner til tilskudd til det rusmiddelforebyggende arbeidet i regi av de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korusene). Se omtale under kap. 765, post 74.

Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge

Det foreslås 2,5 mill. kroner til oppstart av et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Formålet med programmet er å begrense skadene rusmiddelbruk kan medføre gjennom å implementere kunnskapsbaserte verktøy og metodikk hos aktører med ansvar for rusforebygging.

Som en første fase av programmet etableres en faggruppe som utarbeider det faglige innholdet og struktur for programmet. Et nasjonalt kompetansemiljø vil få ansvar for å kvalitetssikre, oppdatere og videreutvikle innholdet i programmet.

Det vil være viktig å dra nytte av metodikk og samarbeidsstrukturer for implementering som er bygget opp i andre programmer og satsinger. Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge må ses i sammenheng med program for folkehelsearbeid i kommunene og

med program for forebyggende sosialt arbeid og helhetlig forebyggende innsats lokalt, som Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått i oppdrag å planlegge og gjennomføre, jf. Prop. 1 S (2022–2023) Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Andre tiltak

Det foreslås 8 mill. kroner til en søknadsbasert ordning som skal sikre faktainformasjon om rus og rusmidler som et supplement til offentlig informasjon om rus og rusmidler. Tilskuddsmidlene utlyses som en del av en ny, søknadsbasert ordning som skal sikre faktainformasjon om rus og rusmidler til befolkningen og veilednings- og støttetilbud til personer i krevende livssituasjoner og deres pårørende, jf. kap. 765, post 72. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Øremerkete tilskudd til Nubu og til organisasjonen Juvente foreslås ikke videreført. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

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 prisjustering og gjennomgående budsjettiltak som omtalt i Del I.

Det foreslås 21,6 mill. kroner til formålet. 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 1,50 kroner per frukt/grønt, med en egenandel på 3,60 kroner per frukt/grønt. Ordningen kan enten være foreldrebetalt eller ved at skolen oppretter felles bestilling som blir betalt av kommune, skole, FAU eller andre. Det er åpnet for at SFO kan benytte ordningen der skoler ikke deltar eller har lav deltakelse. Årlige kartlegginger viser at både ansvarlige for Skolefrukt på skolene og elever og foresatte opplever ordningen positivt. Pandemien har medført en lavere oppslutning om ordningen. Både vår 2020 og vår 2021 valgte flere skoler midlertidig å stoppe ordningen på grunn av nedstengning, samt merarbeid med håndtering og at de måtte prioritere oppgaver

knyttet til pandemien. Abonnementstallene forventes å øke for skoleåret 2022/2023. Våren 2022 abonnerte om lag 42 000 elever på skolefrukt gjennom ordningen. Dette tilsvarer om lag 7 pst. av elevene i grunnskolen. Av disse er det litt over halvparten som får gratis skolefrukt betalt av skolen eller kommunen. I tilknytning til arbeidet med å skaffe kunnskap som grunnlag for en mulig innføring av daglig enkelt skolemåltid er erfaringer fra skolefruktordningen og andre ordninger med mattilbud i skolen viktig å ivareta.

For å bygge opp under formålet kunnskap om mat og kosthold videreutvikles dataverktøyet Kostholdsplanleggeren som benyttes av elever i mat og helsefaget.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til generelt folkehelsearbeid. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2. Ut over prisjustering og gjennomgående budsjettiltak som omtalt i del I, foreslås

- å øke bevilgningen med 2 mill. kroner til Trøndelag fylkeskommune for å gjennomføre piloten «ABC for god psykisk helse – en folkehelsekampanje». Se nærmere omtaler under.
- redusere bevilgningen med 2,6 mill. kroner, jf. nærmere omtale under del 1 og kap. 700
- å redusere bevilgningen med 169 000 kroner, jf. nærmere omtale under kap. 2

Øke den psykiske helsekompetansen i befolkningen

Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner til Trøndelag fylkeskommune for å gjennomføre piloten «ABC for god psykisk helse – en folkehelsekampanje». Formålet med kampanjen er å øke befolkningens kunnskap om hvordan den kan ivareta og styrke den psykiske helsen og forebygge psykiske plager. Kampanjen er planlagt gjennomført som en pilot i perioden 2022–2024 og skal evalueres.

Psykisk helse i skolen

Det foreslås å videreføre 22,8 mill. kroner til tilskuddsordningen Psykisk helse i skolen. Formålet med ordningen er

- 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

Tilskuddet fordeles på ulike skoleprogram som understøtter undervisning om psykisk helse og mobbing, totalt 13 ulike mottakere (14 prosjekt).

Psykisk helse i skolen vurderes å ha mange gode enkeltprogrammer. Det ble i 2019 gjennomført en ekstern evaluering av tilskuddsordningen i regi av NIFU. Hovedformålet med evalueringen var å kartlegge spredningen til programmene som inngår i ordningen, innhente skoleeieres og skolars erfaringer og vurderinger av programmene rolle i det systematiske arbeidet med elevenes psykiske helse, samt vurdere hvilken rolle stat og programtilbydere bør ha i å støtte kommunenes arbeid med dette. Evalueringen viser at programmene når ut til mange skoler og kommuner, men ikke alle. Manglende kapasitet hos programtilbydere påvirker muligheten til å tilby programmet til alle. Skoleeiere og -ledere forteller at programmene inngår i det systematiske arbeidet, men at dette også varierer med programmets utforming, omfang og innhold. Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av evalueringsrapporten vurdere videre oppfølging.

Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk

Det foreslås 21,8 mill. kroner til tilskuddsordningen Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk.

Tilskuddsordningen Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk har som formål å fremme god helse og trivsel blant studenter og forebygge problemer knyttet til rusmiddelforbruk.

Tilskuddsordningen skal fremme nytenkning, samarbeid og kunnskapsdeling om forebyggende rusarbeid og psykisk helsearbeid for studenter. Gjennom ordningen gis tilskudd til sosiale aktiviteter på campus, fysisk aktivitet og mentoraktivitet. Som følge av stengte universiteter og høyskoler under korona er kapasitet på studenttelefonen økt og det er utviklet en digital chattetjeneste med helsepersonell, samt styrking av psykologtil-

budet i tjenestene. Ordningen dekker Studentenes helse og trivselsundersøkelse (SHoT), et viktig grunnlag for langsiktig utvikling og arbeid med å bedre studenters helse. Andelen studenter med det som kan karakteriseres som høyt nivå psykiske plager har økt fra nesten hver 6. student i 2010 til over hver tredje i 2022. ShoT hovedundersøkelse i 2022 belyser en negativ tilstand og utvikling knyttet til overvekt og fedme, insomnia, ensomhet og rus.

Mobilisering mot ensomhet (2020–2025)

Det foreslås 18,3 mill. kroner til tilskuddsordningen som ble etablert i 2020 for å sikre at det utvikles og iverksettes effektive tiltak for å forebygge og redusere ensomhet og bidra til bedre helse og livskvalitet i befolkningen.

Målgrupper er unge og eldre mennesker som er ensomme eller er særlig utsatt for å oppleve ensomhet. Frivillige og ideelle organisasjoner og private aktører vil sammen eller hver for seg kunne 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.

For å sikre at ordningen bidrar til å forebygge og redusere ensomhet har Folkehelseinstituttet fått i oppdrag å oppsummere kunnskap om effektive tiltak og evaluere tilskuddsordningen. Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet.

Det vises til omtale av Mobilisering mot ensomhet under kap. 761, post 21 om tiltak for å motvirke ensomhet og passivitet, styrke den aktive omsorgen og ivareta brukernes sosiale og kulturelle behov og å redusere digitalt utenfor-skap.

Skadeforebygging

Det foreslås å videreføre 2 mill. kroner til samarbeid med frivillige og privat sektor i arbeidet med skadeforebygging. Tilskuddet skal dekke samarbeidsavtalen med Finans Norge om Skadeforebyggende forum (2019–2023).

Samarbeidet skal bl.a. bidra til å spre Trygge lokalsamfunn, en modell som hjelper kommunene å arbeide systematisk, langsiktig og tverrsektorielt med ulykkesforebygging og formidle informasjon om forebygging og skadedata til kommuner, organisasjoner og aktuelle målgrupper. Sentrale arbeidsoppgaver/innsatsområder er nedfelt i Samarbeidsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Finans Norge (FNO) om videreføring av Skadeforebyggende forum (Skafor) i peri-

oden 2019–2023 og i Skadeforebyggende forums vedtekter. Måloppnåelse følges opp gjennom årlige møter, årsrapport og Helsedirektoratets resultatrapport tilskudd 2021.

Det vises til omtale av fallforebyggende arbeid og BASIS i budsjettet på kap. 761, post 21, og e-kurs av BASIS. E-læringen gir økt kunnskap om fallforebyggende trening blant personer som jobber med eldre.

Ammehjelpen

Det foreslås å videreføre 1,5 mill. kroner i driftstilskudd til Ammehjelpen for å fremme amming og hjelpe mødre som trenger mer kunnskap om og hjelp til amming. Nettsiden ammehjelpen.no hadde en økning på 26,8 pst. fra 2020 og vel 780 000 treff. Ammehjelpen informerer i tillegg via telefon, SMS, e-post, sosiale medier og ved hjemmebesøk.

Fiskesprell

Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner i driftsstøtte til Norges sjømatråd til det nasjonale kostholdsprogrammet Fiskesprell. Programmet er et samarbeid mellom Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet og Sjømatnæringen.

HUNT

Det foreslås å videreføre 7 mill. kroner til Norges tekniske- og naturvitenskapelige universitet (NTNU) knyttet til drift av undersøkelsen HUNT. HUNT er en stor, norsk befolkningsbaser helseundersøkelse som omfatter helseopplysninger og biologisk materiale fra innbyggerne i Trøndelag. HUNT er en viktig undersøkelse for å få kunnskap om både fysisk og psykisk helse, og den gir grunnlag for forskning, politikktutvikling og bidrag til praktisk folkehelsearbeid. Data fra HUNT inngår i nasjonale oversikter over utviklingen i befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker disse. HUNT databasen inneholder data og tidsstudier som stekker seg over mange ti-år.

Tromsundersøkelsen

Det foreslås å videreføre 7 mill. kroner til Universitetet i Tromsø (UiT) til drift av Tromsundersøkelsen. Tromsundersøkelsen er en viktig undersøkelse for å få kunnskap om både fysisk og psykisk helse, og gir grunnlag for forskning, politikktutvikling og bidrag til praktisk folkehelsearbeid. Data-

basen inneholder data og tidsstudier som stekker seg over mange ti-år. I likhet med HUNT inngår data fra Tromsøundersøkelsen i nasjonale oversikter over utviklingen i befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker disse.

Norges astma- og allergiforbund

Det foreslås å videreføre 3,8 mill. kroner til Norges astma- og allergiforbund (NAAF) til drift her-

under pollenvarslingen for Norge. Tilskuddet skal sikre at mennesker med astma og allergier skal kunne leve best mulig, og at det kan arbeides for å redusere forekomsten av astma og allergi i befolkningen. Målgruppen er hele befolkningen. På grunn av mer ustabile værforhold har pollenvarslingen større betydning for mange allergikere enn før.

Kap. 3714 Folkehelse

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
04	Gebyrinntekter	2 628	11 595	13 040
	Sum kap. 3714	2 628	11 595	13 040

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som forvaltes av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, jf. kap. 714, post 22 og kap. 745, post 01. Ut over gjennomgående budsjetttiltak som omtalt i del I, foreslås:

- å øke bevilgningen med 1,2 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 745, post 01, knyttet til gjennomføringen av EUs tobakksdirektiv.
- å redusere bevilgningen med 0,1 mill. kroner uten tilsvarende utgiftsreduksjon over kap. 714, post 22. Justeringen er nødvendig for å sikre en jevn budsjettering på de to postene, slik at bud-

sjetterte gebyrinntekter tilsvarende utgiftene i Helsedirektoratet som forvalter ordningen.

Samlet foreslås bevilgningen økt med 1,1 mill. kroner.

Det foreslås 10,3 mill. kroner til bevilgings- og registreringsordninger på tobakksfeltet, jf. omtale under kap. 714, post 22 og kap. 745, post 01.

Videre foreslås 2,7 mill. kroner til bevilgingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk og gebyrer på statlige skjenkebevilgninger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholovens § 5–2 første ledd nr. 1 og 2, jf. også kap. 714, post 22.

Kap. 717 Legemiddeltiltak

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	12 310	11 920	11 901
70	Tilskudd	61 552	63 551	67 305
	Sum kap. 717	73 862	75 471	79 206

Bevilgningen dekker ulike tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk, herunder finansiering 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 hhv. regionale legemiddelinforma-

sjonssentre og veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsenter.

Et utvalg (NOU) som skal utrede framtidens apotek, ble oppnevnt 3. september 2021. I de senere år har det kommet ulike nye apotekformer, herunder nettapotek, som følge av bl.a. nye regler om salg av legemidler over internett i 2016. Apotekloven ble ikke gitt med tanke på å omfatte apotekløsninger som er mulig med den utviklingen av ny teknologi vi har i dag, som gir nye muligheter for distribusjon, samhandling og informasjonsutveksling mellom apotek, kunder og helsetjenesten. Utvalget utreder hvordan framtidens apotek skal innrettes, samtidig som de legemiddelpolitiske målsetningene ivaretas. Utvalget skal levere sin utredning i begynnelsen av 2023.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2022.

Bevilgningen nyttes til tiltak for å sikre riktige legemiddelbruk, og arbeid med tilsyn og tiltak på området for medisinsk utstyr. Bevilgningen nyttes også til finansiering av Norsk legemiddelhåndbok. Framtidig organisering av Norsk legemiddelhåndbok er under vurdering i lys av digital utvikling og framtidige behov.

Informasjon om legemidler til barn i norsk helsetjeneste

Norsk legemiddelhåndbok startet i 2018 arbeidet med å tilrettelegge for et norsk oppslagsverk med informasjon om legemidler til barn. Oppslagsverket Koble (Kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler) legger til rette for at både helsetjenesten og allmennheten får tilgang til solid, trygg, uavhengig og kvalitetssikret informasjon om bruk av legemidler til barn. Redaksjonsansvaret er lagt til Norsk legemiddelhåndbok, som samarbeider tett med Kompetansenettverket for legemidler til barn. Etter en periode med begrenset tilgang ble nettsider for Koble offisielt lansert i november 2021.

Post 70 Tilskudd

Utover pris- og lønnsjustering, og gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås følgende endring:

- Bevilgningen foreslås økt med 2 mill. kroner, øremerket drift av Psykofarmakanettverket,

som følge av flytting av midler fra kap. 765, post 21.

Bevilgningen dekker følgende tilskudd til ulike legemiddeltiltak:

Kompetansenettverk for legemidler til barn

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg. Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen. Nettverket har en styringsgruppe med 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, tverrfaglige legemiddelutvalg for barn ved alle sykehus som har barneavdeling.

Nettverket har følgende arbeidsområder: Pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling, vitenskapelig kompetanseutvikling, og kunnskapsoppsummering og forskning på legemidler til barn.

Det foreslås å øremerke tilskudd på 7,0 mill. kroner til Haukeland Universitetssykehus til drift av kompetansenettverket, inkludert sekretariatet for NorPedMed – et klinisk forskningsnettverk for legemiddelstudier på barn.

Nasjonalt kompetansenettverk for psykofarmaka til barn og unge

Nasjonalt kompetansenettverk for psykofarmaka til barn og unge ble opprettet høsten 2021. Nettverket planlegges driftet videre innenfor rammene av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, og skal jobbe for at barn og unge som behandles med psykofarmaka skal få en trygg og likeverdig behandling uavhengig av geografisk tilknytning. Det foreslås derfor å flytte 2 mill. kroner, øremerket drift av Psykofarmakanettverket, fra kap. 765, post 21 til kap. 717, post 70. Det vises til omtale under kap. 765.

Apotek

Ved utgangen av 2021 var det 1 034 apotek i Norge. Det var en økning på 39 apotek sammenliknet med 2020.

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 2022 er det gitt støtte til fem vaktapotek og åtte distriktsapotek. I 2021 fikk seks vaktapotek og seks distriktsapotek støtte.

Fraktrerefusjon av legemidler

Fraktrerefusjonsordningen dekker utgifter til frakt av noen spesifiserte legemiddelgrupper til bruk ved behandling av alvorlig sykdom som krever langvarig behandling. Dette er legemidler til behandling av allmenfarlige og smittsomme sykdommer, immunsvikt, cystisk fibrose, spesialproduserte legemidler med kort holdbarhet og faktorkonsentrat til personer med alvorlig blødersykdom.

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 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 fra helsepersonell, vurderer hendelsesforløp og årsakssammenheng og kommenterer i skriftlig tilbakemelding til melder. Bivirkningsrapportene registreres i en nasjonal bivirkningsdatabase, i nært samarbeid med Legemiddelverket. 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). 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.

Tema for tidligere kampanjer har vært riktig bruk av NSAIDs (betennelsesdempende legemidler), riktig bruk av antibiotika, legemidler mot diabetes type 2 og opioider ved ikke-maligne smerter. I 2021 startet gjennomføringen av en femte kampanje, riktigere bruk av menopausal hormonterapi (MHT), og i løpet av høsten 2021 mottok om lag 1 000 leger besøk. Tema for neste Kupp-kampanje vil være riktigere bruk av legemidler mot migrene.

Det pågår en evaluering i regi av Kupp og flere Relis-sentre om bruk av videoKUPP som alternativ til fysiske besøk.

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter, Vetlis, er organisert under Helse Sør-Øst RHF, men finansiert gjennom en tilskuddsordning forvaltet av Legemiddelverket. Vetlis har en landsdekkende funksjon og formidler produsentnøytral informasjon om bruk av legemidler til dyr. Riktig legemiddelbruk er viktig for å ivareta dyrehelsen, mattryggheten og for å forebygge antibiotikaresistens. Vetlis utarbeider og evaluerer også statistikk over forbruket av antibakterielle midler i veterinærmedisinen.

Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
70	Legemiddeldetaljistavgift	68 653	68 385	68 385
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	6 735	6 400	2 700
73	Legemiddelleverandøragift	224 933	223 000	223 000
74	Tilsynsavgift		3 770	3 770
75	Sektoravgift tobakk	18 200	18 000	18 952
	Sum kap. 5572	318 521	319 555	316 807

Kapitlet dekker sektoravgifter på legemiddelområdet og tobakksområdet.

Post 70 Legemiddeldetaljistavgift

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist, jf. legemiddeloven § 18. Avgiften dekker bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktfusjon 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 2023.

Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder for legemidler utenom apotek, jf. legemiddeloven § 16. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader til tilsyn. Etter en gjennomgang av avgiftene legges det til grunn en endret avgiftssats på 0,5 pst. i 2023.

Post 73 Legemiddelleverandøragift

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 veiledning, 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 en uendret avgiftssats på 1 pst. i 2023.

Post 74 Tilsynsavgift

Inntektene fra avgiften på 3,77 mill. kroner skal dekke Legemiddelverkets kostnader til tilsynsaktiviteter med e-sigaretter, jf. omtale under kap. 746, post 01. Systemet er under utarbeidelse og det er derfor knyttet usikkerhet til størrelsen på inntektene. Departementet vil ev. komme tilbake med reviderte estimater i revidert nasjonalbudsjett for 2023.

Post 75 Sektoravgift tobakk

Samlet inntektskrav på kap. 5572, post 75 er 18,9 mill. kroner. Av dette er om lag 3 mill. kroner knyttet til Helsedirektoratets drift av tobakksalgsregisteret og tilsyn med grossister og visse utsalgssteder. Resten av sektoravgiften skal dekke Helsedirektoratets kostnader til nytt register for bevillingsordningen for import, eksport og produksjon av tobakkvarer, tilsyn med bevillingshaverne samt nytt system for sporing- og sikkerhetsmerking av tobakkvarer. Deler av systemene er fortsatt 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 for 2023.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
85	Statens overskuddsandel	286 539	146 400	93 600
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	286 542	146 402	93 602

Vinmonopolet skal innrette sin virksomhet i tråd med alkoholpolitiske målsettinger og i samsvar med vinmonopolloven og alkoholloven. For å sikre fortsatt opplutning 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 19. juni 1931 om Aksjeselskapet Vinmonopolet, og har enerett til detaljsalg av alkoholholdig drikk med høyere alkoholinnhold enn 4,7 volumprosent.

Gjennom sin enerett er Vinmonopolet et viktig tilgjengelighetsbegrensende alkoholpolitisk virkemiddel, og selskapet har et betydelig samfunnsansvar. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former og uten privatøkonomiske interesser. Det er omfattende dokumentasjon gjennom nasjonal og internasjonal forskning for at statlige detaljmonopoler er meget effektive når det gjelder å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer. Vinmonopolet skal sikre ansvarlig salg av alkoholholdig drikk over 4,7 volumprosent alkohol slik at skadevirkningene av alkohol for den enkelte og for samfunnet begrenses. Vinmonopolet er underlagt alkoholreklameforbudet, har ingen salgskampanjer og oppfordrer ikke til mersalg i noen kanaler. Vinmonopolet er svært opptatt av å hindre salg av alkohol til mindreårige og ber alle kunder under 25 år om å vise legitimasjon. I 2021 kontrollerte selskaps ansatte alder på om lag 11,9 pst. av kundene tilsvarende om lag 5,2 mill. kundemøter. 11 210 personer ble avvist pga. alder, 2 111 personer ble avvist pga. beruselse og 614 personer ble avvist pga. langing. Selskapet gjennomfører «stille alderskontroll» i butikkene for å sikre at det ikke selges alkohol til mindreårige. Resultatene var i 2021 93,2 pst. Dette er under målet på 95 pst., men en økning fra 2020 på 2,2 pst.

Vinmonopolet solgte totalt 118,4 mill. liter i 2021. Dette er en salgsøkning på om lag 2,9 mill. liter eller 2,5 pst. målt mot 2020. Salget er Vinmo-

nopolets største noensinne og skyldes tiltakene mot covid-19-pandemien som medførte betydelig reduksjon i grensehandel, taxfree-salg og uteliv store deler av året.

Det ble solgt 96,7 mill. liter svakvin i 2021 mot 95,2 mill. liter i 2020. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker økte med 7 pst. fra 15,1 mill. liter i 2020 til 16,1 mill. liter i 2021. Brennevin utgjorde med dette 13,6 pst. av salget målt i vareliter. Salget av sterkvin økte fra 631 000 liter i 2020 til 640 000 liter i 2021, mens salget av sterkøl økte fra 3,9 mill. liter til 4,2 mill. liter. Salget av alkoholfrie drikker økte fra 689 000 liter i 2020 til 836 000 liter i 2021.

Vinmonopolets salgsinntekter i 2021 var 21 701 mill. kroner eksklusiv mva., av dette var 10 495 mill. kroner alkoholavgift. Salgsinntektene økte med 1 132 mill. kroner fra 2020. Driftsresultatet for 2021 ble 623 mill. kroner, noe som er 83,5 mill. kroner lavere enn i 2020.

Resultatet før skatt ble 643 mill. kroner som er 92 mill. kroner lavere enn i 2020. Stortinget har fastsatt at 80 pst. av overskuddet etter skatt skal tilfalle staten. Dette utgjorde for 2021 401 mill. kroner som innbetales i 2022.

Selskapet skal videreføre arbeidet med å effektivisere driften og forbedre lønnsomheten og soliditeten uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger.

Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet til Vinmonopolet i hele landet. I 2021 åpnet Vinmonopolet to nye butikker, og hadde ved utgangen av 2021 totalt 339 butikker i drift. Om lag 97,8 pst. av befolkningen bor i en kommune med eget vinmonopol eller har mindre enn 30 km til nærmeste vinmonopolbutikk. Kommuner som ønsker poletablering kan rette en forespørsel til Vinmonopolet som årlig vurderer etablering av nye butikker. Vinmonopolets produkter er også tilgjengelig gjennom mulighet for handel både via telefon og nettbutikk. I 2021 var 4,3 pst. av salgsvolumet fra nett mot 2,3 pst. i 2020. Totalt

var det 778 687 handlende kunder på nett, mens kundesenteret hadde 34 000 handlende kunder, en nedgang på 10 pst. sammenlignet med 2020.

Vinmonopolets butikker er inndelt i seks kategorier. Kategori seks-butikkene er de største og fører om lag 1 700 produkter, mens kategori en-butikkene er de minste med rundt 200 produkter. Ved utgangen av 2021 hadde Vinmonopolet 30 373 aktive produkter i sitt sortiment. Frakten er kostnadsfri for kunder som bor i kommuner uten vinmonopolbutikk, og som bor langt unna nærmeste utsalg.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2021 et resultat på 6,7 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Post 85 Statens overskuddsandel

Statens andel av driftsoverskuddet i Vinmonopolet er for 2022 fastsatt til 80 pst. av resultatet i 2021

før ekstraordinære poster. I 2021 ble overskuddsandelen 401 mill. kroner. Overskuddsandelen ble foreslått til 80 pst. fordi Vinmonopolets omsetning hadde økt som følge av tiltakene som ble innført under covid-19-pandemien. Tiltakene er nå avviklet og Vinmonopolets omsetning er forventet å avta. For 2023 foreslås det derfor at statens andel av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 50 pst. av resultatet i 2022 før ekstraordinære poster. Foreslått beløp er beregnet ut fra Vinmonopolets budsjetterte resultat for 2022. Vinmonopolet har budsjettert med et resultat etter skatt for 2022 på 187,2 mill. kroner. 50 pst. overskuddsandel av dette er 93,6 mill. kroner.

Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2021. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2 500 kroner.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenesten

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
732	Regionale helseforetak	186 917 170	182 385 462	200 085 511	9,7
733	Habilitering og rehabilitering	33 839	123 926	117 801	-4,9
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	303 201	316 112	424 954	34,4
737	Historiske pensjonskostnader	37 922	83 112	91 650	10,3
Sum kategori 10.30		187 292 132	182 908 612	200 719 916	9,7

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	185 538	171 377	122 439	-28,6
50–89	Overføringer til andre	187 106 594	182 737 235	200 597 477	9,8
Sum kategori 10.30		187 292 132	182 908 612	200 719 916	9,7

Vesentlige endringsforslag er omtalt under hvert budsjettkapittel.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer, skader 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, universiteter og høyskoler 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

er. Sørge for-ansvaret ivaretas gjennom den offentlige helsetjenesten, driftsavtaler med ideelle institusjoner og kjøp av tjenester fra andre private og ideelle aktører.

De regionale helseforetakene skal samarbeide med kommunene om å tilby tjenester. Det er opprettet 19 helsefelleskap mellom helseforetak og kommuner for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Videre er det et mål å skape mer utadvendte sykehus. Det innebærer for eksempel at spesialister fra store sykehus bistår spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, at spesialister fra sykehus samarbeider med kommunal helse- og omsorgstjeneste og at pasienter i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller ved ambulante tjenester.

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god res-

sursutnyttelse 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 foretaks-møter 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 tilhørende oppfølgingsmøter.

Boks 4.1 Helse Sør-Øst RHF

- Etablert i 2007, som følge av sammenslåing av Helse Sør RHF (etablert 2002) og Helse Øst RHF (etablert 2002)
- Ansvar for befolkningen i Oslo, Viken, Innlandet, Vestfold og Telemark og Agder (om lag 3,1 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
- Helse Sør-Øst RHF har langsiktige avtaler med fem private ideelle sykehus: Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus AS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Martina Hansens hospital og Revmatismesykehuset
- Antall ansatte/årsverk i 2021: 81 030/65 219
- Driftsinntekter i 2021: om lag 95,7 mrd. kroner

Boks 4.2 Helse Vest RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Rogaland og Vestland (om lag 1,1 mill. innbyggere)
- Består av fem helseforetak: Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sjukehusapoteka Vest HF
- Helse Vest RHF har langsiktige avtaler med sju private ideelle sykehus: Haraldsplass Diakonale Sykehus, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus, NKS Jæren distriktspsykiatriske senter, Solli distriktspsykiatriske senter, Betanien sykehus, NKS Olavviken alderspsykiatriske sykehus og Voss distriktspsykiatriske senter (NKS Bjørkeli)
- Antall ansatte/årsverk i 2021: 29 671/24 068
- Driftsinntekter i 2021: om lag 33,7 mrd. kroner

Boks 4.3 Helse Midt-Norge RHF

- Etablert i 2002
- Ansvar for befolkningen i Møre og Romsdal og Trøndelag (om lag 0,7 mill. innbyggere)
- Består av fem helseforetak: Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Hemit HF
- Antall ansatte/årsverk i 2021: 21 596/18 504
- Driftsinntekter i 2021: om lag 25,5 mrd. kroner

Boks 4.4 Helse Nord RHF

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Etablert i 2002 – Ansvar for befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard (om lag 0,5 mill. innbyggere) – Består av seks helseforetak: Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge | <ul style="list-style-type: none"> HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelands-sykehuset HF, Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF – Antall ansatte/årsverk 2021: 19 010/15 331 – Driftsinntekter i 2021: om lag 20,7 mrd. kroner |
|---|---|

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	34 724	19 116	19 629
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	7 143 611	1 343 200	1 555 946
71	Resultatbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	577 671	590 302	611 983
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	59 474 111	61 442 935	70 476 240
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	20 945 683	21 764 800	24 904 372
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	15 836 271	16 299 450	18 570 248
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	14 147 770	14 454 732	16 114 074
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	40 454 890	42 950 166	36 779 324
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	4 447 570	3 437 675	3 624 405
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 325 489	1 347 102	1 385 815
80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	8 365 346	8 217 634	8 793 773
81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>	176 000	181 000	225 570
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	7 859 447	7 260 350	9 970 132
83	Byggelånsrenter, <i>overslagsbevilgning</i>	110 587	218 000	595 000
86	Driftskreditter	6 018 000	2 859 000	6 459 000
Sum kap. 732		186 917 170	182 385 462	200 085 511

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

- 2 000 mill. kroner i økt aktivitetsvekst og 700 mill. kroner i økt grunnfinansiering, her-

under 150 mill. kroner til døgnbehandling psykisk helsevern for barn, unge og voksne. Korrigert for effektiviseringskrav på 263 mill. kroner, er dette en økt bevilgning på 2 437 mill. kroner

- 199 mill. kroner i økt bevilgning til utdanningsstillinger for spesialsykepleiere
- 3,1 mrd. kroner i økt bevilgning til investeringslån og byggelånsrenter
- 1,9 mrd. kroner i økt bevilgning til pensjonskostnader i helseforetakene
- 188 mill. kroner i økt anslag mva-kompensasjon, utenom aktivitetsvekst
- 135,6 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til landingsplasser nye redningshelikoptre
- 44,6 mill. kroner i økt bevilgning til protosentre
- 44,5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til LIS1-stillinger
- 38,1 mill. kroner i økt bevilgning til Nasjonalt tarmscreeningprogram
- 13,4 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til nasjonale e-helseløsninger
- 10 mill. kroner i økt bevilgning til Kreftregisteret for å effektivisere leseprosessene i Mammoграфiscreeningprogrammene som følge av mangel på brystradiologer
- 16 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til sekvensering av C19-tester
- 14 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler
- 8 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til hjemmetesting i screeningprogrammet for livmorkreft
- 4,9 mill. kroner i økt bevilgning til redningshelikopterbase i Tromsø
- 5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til endringer i bioteknologiloven
- 2,3 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til helsekartlegging i barnevernet
- 59,7 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til økt gebyr for manglende fremmøte poliklinikk
- 37,6 mill. kroner i redusert bevilgning til tilskudd til Helseplattformen
- 8,6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forslag om økte egenandeler
- 12,9 mill. kroner knyttet til InnoMed, flyttet fra kap. 781, post 21
- 3,9 mill. kroner knyttet til sentre mot incest og seksuelle overgrep, flyttet til kap. 840, post 70
- 2,5 mill. kroner knyttet til juridisk utredningsarbeid i Nasjonalt genomsenter, flyttet til kap. 740, post 01
- 2,1 mill. kroner knyttet til rhesusimmunisering i svangerskapskontrollen, flyttet til kap. 2755, post 70 og kap. 571, post 60

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, Innsattstyrt 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 71) og private laboratorier og røntgeninstitutt (kap. 2711, post 76). Det gis også tilskudd basert på resultater (kap. 732, post 71) og tilskudd til forskning og nasjonale kompetansetjenester (kap. 732, post 78).

I årlig melding 2021 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppdragsdokument og foretaksmøter. Det vises til rapportering 2021 i del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Årlig melding inngår som en del av grunnlaget for departementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2023.

Hovedtrekk i forslag 2023

Det foreslås 2 000 mill. kroner til økt aktivitetsvekst og 700 mill. kroner i økt grunnfinansiering. Korrigert for effektiviseringskrav på 263 mill. kroner, foreslås det å øke driftsbevilgningene til sykehus med 2 437 mill. kroner i 2023. Dette er sammenlignet med anslag på regnskap 2022 ved framlegging av Prop. 1 S (2022–2023) gir dette en realvekst på 1,4 pst. Realveksten gir et uttrykk for veksten i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene justert for pris- og kostnadsvekst, dvs. målt i faste priser.

Saldert budsjett 2022 innebar en realvekst på knapt 2,4 mrd. kroner fra Saldert budsjett 2021. Etter at statsbudsjettet for 2022 ble fremlagt har særlig en høyere pris- og lønnsvekst medført lavere realvekst i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene for 2022. Isolert sett trekker dette ned realveksten i driftsbevilgningene med om lag 3,4 mrd. kroner i 2022. Den økte kostnadsveksten innebærer at det nå anslås en reell nedgang i driftsbevilgningene til helseforetakene på om lag 1,2 mrd. kroner, svarende til -0,7 pst. i 2022. Deflatoren som her er brukt gir uttrykk for gjennomsnittlig lønns- og prisvekst og avspeiler i 2022 for en stor del spotprisene på strøm. De regionale helseforetakene har inngått prissikringsavtaler som demper kostnadseffekten fra de høye strømprisene. Samtidig er økte byggekostnader i liten grad reflektert i deflatoren som her er brukt.

Kostnadsøkningen på anslagsvis 3,4 mrd. kroner kompenseres ikke i 2023, og det høye kostnadsnivået vil påvirke sykehusøkonomien også i 2023. For å sikre økonomisk kontroll er det derfor nødvendig med omstillingstiltak og at investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt skyves på.

Helse Nord RHF har nå svært negative økonomiske resultater målt mot egne budsjett ved flere av sine helseforetak. Allerede før pandemien var det identifisert behov for omstilling for å få en drift tilpasset de økonomiske rammene. Det var vanskelig å videreføre dette arbeidet under pandemien. Regionens resultater så langt i 2022 viser at de økonomiske utfordringene er så omfattende at styret i Helse Nord RHF vurderer at forutsetningene for å iverksette nye større investeringer ikke lenger er tilstede. Den økonomiske utviklingen i regionen er svært bekymringsfull og innebærer behov for omfattende omstillingstiltak, som det nå arbeides med. Det er helt avgjørende for Helse Nord RHF sin langsiktige økonomiske stilling og framtidige handlingsrom at økonomien kommer under kontroll. Helse Nord RHF vil få i oppdrag å vurdere egnede tiltak.

Sykehusene har hatt betydelige merutgifter og reduserte inntekter som følge av virusutbruddet i 2020, 2021 og i første halvår 2022, som har blitt kompensert med særskilte bevilgningsøkninger. Bevilgningsforslaget for 2023 tar utgangspunkt i Saldert budsjett 2022, noe som betyr at endringer i bevilgninger som følge av kompensasjon for pandemikostnader og tapte ISF-inntekter i tilleggsprosisjoner i 2022 ikke videreføres.

Av den økte grunnfinansieringen på 700 mill. kroner, skal 150 mill. kroner gå til døgnbehandling innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne. Resterende 550 mill. kroner skal gi rom for vedlikehold, investeringer, beredskapsarbeid og intensivkapasitet.

Foreslått økt driftsbevilgning på 2 437 mill. kroner fremkommer etter at det gjort fratrukk for effektiviseringskrav på 201 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Videre er det tatt hensyn til underregulering av tilskudd som inngår i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger på til sammen 62 mill. kroner sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst, hvor av 52 mill. kroner knyttet til offentlige laboratorie- og røntgentjenester. I tillegg kommer pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,8 pst.

Det foreslås å redusere ISF-andelen for somatikk fra 50 til 40 pst. fra 2023. Gjennom økt rammefinansiering vil de regionale helseforetakene gis

økt strategisk handlingsrom, og det kan bli økonomisk enklere for sykehusene å prioritere oppgaver som ikke gir inntekter gjennom ISF. Omleggingen er budsjettneutrytral. Poliklinisk psykisk helsevern og TSB ble inkludert i ISF i 2017, og ISF-andelen for dette tjenesteområdet anslås å være om lag 25 pst. Det foreslås i 2023 ingen endringer i ISF-andelen for poliklinisk psykisk helsevern og TSB.

Den foreslåtte bevilgningen til aktivitetsvekst på 2 000 mill. kroner legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,5 pst. fra Saldert budsjett 2022. I tråd med etablert praksis er det da lagt til grunn at den økte aktiviteten kan realiseres til 80 pst. av gjennomsnittlig behandlingstkostnad.

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 2023. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag at ventetiden ikke skal øke i 2023 sammenliknet med 2022.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 pst. fra Saldert budsjett 2022, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på om lag 2,5 pst. neste år.

Ny forskrift om kapitaliseringsrente ved utmåling av personskadeerstatning vil tre i kraft fra 1. oktober 2022. Merutgiftene for de regionale helseforetakene vil være om lag 170 mill. kroner på årsbasis. Disse merutgiftene må dekkes innenfor gjeldende økonomiske opplegg for 2022 og foreslått budsjettopplegg for 2023.

For å trygge forsyningen under koronapandemien ble det inngått midlertidige avtaler for å bygge opp nasjonale beredskapslagre av legemidler. Departementet vil sende utkast til lov- og forskriftsendringer om en permanent innretning for legemiddelberedskapskapen på høring. De regionale helseforetakene skal ivareta legemiddelberedskapskapen i spesialisthelsetjenesten. Dette må finansieres av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Det er gitt tilskudd i 2022 som ikke foreslås videreført i 2023.

Betalingssatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter prisjusteres til 5508 kroner i 2023.

Boks 4.5 Nærmere om beregning av realvekst

Ved beregning av realveksten tas det utgangspunkt i foreslåtte bevilgninger under kap. 732 Regionale helseforetak, postene 70–80. Det gjøres fratrukk for bevilgninger knyttet til spesielle forhold, eksempelvis bevilgninger knyttet til koronapandemien. Videre gjøres det fratrukk for bevilgninger som følge av oppgaveendringer for de regionale helseforetakene, eksempelvis ved eventuell overføring av finansieringsansvar for legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Realveksten gir med dette et uttrykk for endring i det økonomiske handlingsrommet for de regionale helseforetakene for sammenlignbare ansvarsforhold mellom år. Kompensasjon for nye oppgaver, f.eks. som

følge av ny lov om bioteknologi, inngår ikke i realveksten slik den her beregnes. Som nærmere omtalt under kap. 732, post 86, legges pensjonskostnaden til grunn ved fastsettelse av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Ved beregning av realveksten i driftsbevilgningene holdes disse bevilgningene utenfor.

Etter saldert budsjett oppdateres anslag for realvekst i lys av ny informasjon om pris- og lønnsvekst og eventuelle bevilgningsmessige endringer i det løpende budsjettåret (2022) og året forut for det løpende budsjettåret (2021). Oppdaterte inntektsanslag omtales i det følgende som anslag på regnskap.

Det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene

Det foreslås en reell vekst i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger i 2023 på vel 2,4 mrd. kroner sammenlignet med Saldert budsjett 2022, svarende til en realvekst på 1,5 pst. Realveksten gir et uttrykk for veksten i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene justert for pris- og kostnadsvekst, dvs. målt i faste priser, og korrigert for ulike forhold, jf. boks 4.5.

Driftsbevilgninger til de regionale helseforetakene i 2022

Veksten i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger kan måles på ulike måter. Framstillingen avhenger av hvilket tidspunkt en måler fra. Nedenfor er realveksten målt fra Saldert budsjett 2021 og anslag på regnskap 2021.

Saldert budsjett 2022 innebar en realvekst i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger på knapt 2,4 mrd. kroner, svarende til 1,5 pst. fra Saldert budsjett 2021.

Sammenlignet med anslag på regnskap 2021 (etter Nysalderingen 2021), representerte Saldert budsjett 2022 en reell vekst på knapt 2,1 mrd. kroner, svarende til 1,3 pst. Når realveksten i 2022 anslås noe lavere når det sammenlignes med anslag på regnskap for 2021, skyldes det at bevilgningene til Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble økt med om lag 300 mill. kroner ifb. Nysalderingen for 2021.

Etter at statsbudsjettet for 2022 ble fremlagt har særlig en høyere pris- og lønnsvekst medført lavere realvekst i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene. Anslått kostnadsvekst for 2022 (deflatoren) er nå oppjustert fra 2,7 pst. i Saldert budsjett 2022 til om lag 4,9 pst. ifb. Prop. 1 S (2022–2023). Økningen i kostnadsveksten skyldes dels økt anslag for lønnsvekst og prisvekst for vareinnsats. Isolert sett trekker dette ned realveksten i driftsbevilgningene med om lag 3,4 mrd. kroner i 2022. Ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2022 ble det i lys av forventet lavere aktivitet i sykehusene som følge av pandemien vedtatt å redusere anslaget for ISF-refusjoner med om lag 700 mill. kroner samtidig som basisbevilgningene ble økt tilsvarende. Aktiviteten i 1. tertial 2022 indikerer at det vil bli utbetalt om lag 75 mill. kroner mer gjennom ISF-ordningen i 2022 enn lagt til grunn ifb. revidert nasjonalbudsjett budsjett for 2022. Etter dette anslås det en reell nedgang i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene på om lag 1,2 mrd. kroner fra anslag på regnskap 2021, svarende til -0,7 pst. Deflatoren som her er brukt gir uttrykk for gjennomsnittlig lønns- og prisvekst og avspeiler for en stor del spotprisene på strøm. De regionale helseforetakene har inngått prissikringsavtaler som demper kostnadseffekten fra de høye strømprisene. Samtidig er økte byggekostnader i liten grad reflektert i deflatoren som her er brukt.

Tabell 4.1 Realvekst i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger i 2022. Anslag på ulike tidspunkt. Mrd. 2022-kroner og prosentvis vekst

	Mrd. kroner	Pst.
Saldert budsjett 2022 sammenlignet med Saldert budsjett 2021	2,4	1,5
Saldert budsjett 2022 sammenlignet med anslag på regnskap 2021 (etter nysalderingen for 2021)	2,1	1,3
Anslag på regnskap 2022 ifb. Prop. 1 S (2022–2023) sammenlignet med anslag på regnskap 2021	-1,2	-0,7

Driftsbevilgninger til de regionale helseforetakene i 2023

Det foreslås en reell vekst i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger i 2023 på om lag

2,4 mrd. kroner. Dette er sammenlignet med Saldert budsjett for 2022 og tilsvarer en realvekst i samlede driftsbevilgninger på 1,5 pst. Det er lagt til grunn en pris- og kostnadsvekst (deflator) på 3,8 pst. fra 2022 til 2023.

Tabell 4.2 Realvekst i de regionale helseforetakenes driftsbevilgninger i 2023. Anslag på ulike tidspunkt. Mrd. 2023-kroner og prosentvis vekst

	Mrd. kroner	Pst.
Forslag budsjett 2023 sml. med Saldert budsjett 2022	2,4	1,5
Forslag budsjett 2023 sml. med anslag på regnskap 2022 (ifb. Prop. 1 S (2022–2023))	2,4	1,4

Den foreslåtte realveksten på om lag 2,4 mrd. kroner gir handlingsrom for bl.a. følgende forhold:

- Generell aktivitetsvekst, svarende til om lag 1,5 pst. Ved beregning av aktivitetsveksten legges det videre til grunn at økt aktivitet kan realiseres til 80 pst. av gjennomsnittskostnaden. Til sammenlikning anslås det at den demografiske utviklingen tilsier en aktivitetsvekst om lag 1,3 pst.
- 700 mill. kroner i økt grunnfinansiering, fordelt med 550 mill. kroner som skal gi rom for vedlikehold, investeringer, beredskapsarbeid og satsing på intensivkapasitet og 150 mill. kroner til døgnbehandling i psykisk helsevern for barn, unge og voksne.
- Ny forskrift om kapitaliseringsrente ved utmåling av personskadeerstatning trer i kraft 1. oktober 2022. Merutgiftene for de regionale helseforetakene anslås til om lag 170 mill. kroner årlig. Disse merutgiftene må dekkes innenfor gjeldende økonomiske opplegg for 2022 og foreslått budsjettopplegg for 2023.
- For å trygge forsyningen under koronapandemien ble det inngått midlertidige avtaler for å

bygge opp nasjonale beredskapslagre av legemidler. Departementet vil sende utkast til lov- og forskriftsendringer om en permanent innretning for legemiddelberedskapskapen på høring. De regionale helseforetakene skal ivareta legemiddelberedskapskapen i spesialisthelsetjenesten. Dette må finansieres av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Det er gitt tilskudd i 2022 som ikke foreslås videreført i 2023.

Særskilte satsingsområder 2023

Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøter for 2023 samles i følgende hovedområder:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp
- Teknologi og digitalisering
- Organisasjon og økonomi

I tillegg er det stilt krav og rammer til de regionale helseforetakenes virksomhet i 2023 innenfor en rekke konkrete områder.

Koronapandemien har påvirket de regionale helseforetakenes evne til å nå mål, krav og gjennomføre oppdrag i 2020–2022.

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For å styrke tilbudet innen psykisk helse skal det utarbeides en ny opptrappingsplan. Denne skal bidra til å styrke behandlingstilbudet til psykisk syke. Planen skal ferdigstilles i 2023. De regionale helseforetakene er i 2022 gitt i oppdrag å videreføre og styrke tilbudet for bl.a. barn og unge, samt voksne med alvorlig psykisk lidelse. Forebygging og kvalitet skal prioriteres, og utfall av behandling skal vektlegges.

Det foreslås 150 mill. kroner til å øke døgnkapasiteten for barn, unge og voksne i psykisk helsevern i 2023. De regionale helseforetakenes egne framskrivninger viser at nivået på døgnplasser ikke bør bygges ned ytterligere og at det er behov for å styrke tilbudet for noen grupper. Noen steder kan det også være behov for å øke behandlingsslengde.

Helsesatsingen i barnevernet skal videreføres og styrkes. Nasjonalt forløp for barnevern skal sikre barna tidlig helsehjelp og oppfølging, og skal utvides med bl.a. somatiske helsetjenester. For 2023 foreslås det 3 mill. kroner på kap. 765, post 21, til videre arbeid med utvidelse av forløpene, systematisk implementering og nødvendig opplæring. Barn som plasseres utenfor hjemmet og hvor det er behov for ytterligere kartlegging, kan tilbys en mer omfattende helsekartlegging for å sikre en hensiktsmessig omsorgsbasis, godt tilpasset oppfølging i barnevernet og helsehjelp, jf. Prop. L 222 (2020–2021). Slik helsekartlegging er under etablering, og flere tverrfaglige kartleggingsteam vil komme på plass i løpet av 2023. Det foreslås til sammen 21 mill. kroner til opprettelse av tverrfaglige team for helsekartlegging av barn som plasseres utenfor hjemmet, hvorav 2,3 mill. kroner foreslås til spesialisthelsetjenesten over kap. 732, post 70, og 1,1 mill. kroner over kap. 740, post 01, til koordinerende tiltak gjennom Helsedirektoratet. Resterende midler foreslås over Barne- og familiedepartementets budsjett.

Ordnningen med å tilby vurderingssamtale til alle som henvises til psykisk helsevern er igangsatt for barn og unge i 2022 og arbeidet videreføres i 2023. Dette innebærer at det som hovedregel ikke gis avslag basert på kun skriftlig hen-

visning. Målet er riktig pasient til riktig tid og et kvalitativt bedre tilbud for alle. Det bør etableres samarbeid med kommunen/bydelen slik at de som ikke trenger spesialisthelsetjenester får oppfølging i kommunen dersom behov.

Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

De regionale helseforetakene skal tilrettelegge for forskning, innovasjon, kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, et godt og trygt arbeidsmiljø og kompetanseutvikling hos personell i hele helse- og omsorgstjenesten. Dette bidrar til å nå målet om en bærekraftig og robust helse og omsorgstjeneste av høy kvalitet for alle.

Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen. De regionale helseforetakene skal følge opp nasjonal handlingsplan for kliniske studier. NorTrials og Pilot Helse er viktige nye virkemidler for offentlig-privat samarbeid om forskning og innovasjon. NorTrials vil ha en sentral rolle i oppfølging av handlingsplanens målsettinger, herunder i utvikling av verktøy for å synliggjøre kompetanse og leveringsdyktighet i gjennomføring av kliniske studier i sykehusene. Det er et mål å øke helseforetakenes deltakelse i Horisont Europa. Videre ønsker regjeringen å videreutvikle det nordiske samarbeidet om kliniske studier. Offentlig finansiert forskning skal gjøres tilgjengelig og resultater fra studier skal rapporteres. Endring i organisering, oppgavedeling og bruk av nye arbeidsbesparende eller mer effektive og trygge metoder forutsetter at helsepersonellet deltar i utvikling, innovasjon og implementering av disse. Videre må det tilrettelegges for lokal tilpasning og effektevaluering ved implementering og spredning av nye innovasjoner gjennom systematisk bruk av helsedata, helsetjeneste- og implementeringsforskning. De regionale helseforetakene skal legge til rette for økt bruk av data fra de medisinske kvalitetsregistrene gjennom Helsedataservice og tjenestene på helsedata.no.

Et av regjeringens viktigste mål er å sikre tilstrekkelig med fagfolk med riktig kompetanse. For å ivareta vår desentraliserte helse og omsorgstjeneste må vi utdanne, rekruttere og beholde fagfolkene, og det må skapes gode arbeidsplasser. Dette er en kontinuerlig oppgave som krever lang planleggingshorisont og en helhetlig strategisk tilnærming. Det er behov for å få en større systematikk, og et sterkere ledelsesfokus på arbeidet innen kompetanse, utdanning og personell. For å sikre et godt og helhetlig kunnskapsgrunnlag er det ønskelig at de regionale hel-

seforetakene utarbeider indikatorer og analyser på området og en sammenstilt felles rapport som del av årlig melding.

Bærekraften i tjenestene er avhengig av god prioritering og at tjenesten innrettes i tråd med utviklingen i sykdomsbyrden og demografien. Utdanning av helsepersonell må stå i forhold til det framtidige behovet, og sees i lys av utvikling i fagene, arbeidssparende innovasjoner og planene for å utvikle tjenestene. Personellsammensetningen og oppgavedelingen må sikre at de samlede ressursene og personellens tid blir brukt på en god måte. Helsepersonellet må ha mulighet til forskning, fag- og kompetanseutvikling for å kunne ligge i front i fagene og trives i jobben. Det må være systemer for og et fortløpende arbeid med utdanning og kompetanseutvikling.

Regionale helseforetak må med dette utgangspunktet legge planer for å sikre tilstrekkelig kompetanse, jamfør tidligere oppdrag om å lage en plan for dette. Arbeidet med å utvikle planer for å sikre tilstrekkelig kompetanse skal videreføres bl.a. som grunnlag for å opprette stillinger for leger i spesialisering (LIS2/3) og stillinger for psykologspesialister

Analysen vil også ligge til grunn for å estimere behovet for LIS1-stillinger. Det er nå en kraftig økning i behov for tjenester innen psykisk helse. Samtidig er det særlig krevende å rekruttere spesialister, både psykiatere og psykologspesialister. Å legge til rette for å utdanne, rekruttere og beholde relevant personell for denne pasientgruppen vil være en viktig oppgave for regionale helseforetak.

De regionale helseforetakene skal bidra til at den offentlige helsetjenesten sørger for beredskap og trygghet i hverdagen og tilgang på helsehjelp av høy kvalitet ut fra behov. Trygge ansatte og åpenhet om uønskede hendelser er sentralt for å lære av og forebygge pasientskader. Det nasjonale arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal styrkes i tråd med Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023) og WHO's globale handlingsplan for pasientsikkerhet (2021–2030). De regionale helseforetakene skal arbeide for å redusere og forebygge omfanget av pasientskader i sykehusene og i overgangene innad og mellom tjenestenivåene. De regionale helseforetakene skal bidra til å integrere melde.no, felles meldeportal for lovpålagte melde- og varselordninger, i de lokale avvikssystemene. NOKUP skal fortsatt brukes til å klassifisere uønskede hendelser, som grunnlag for analyser, sammenstillinger og læring på tvers.

Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Pakkeforløp for kreft og hjerneslag og nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus er standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon med pasient og pårørende, ansvarsplassering og konkrete forløpstider. Helsedirektoratet skal også lage nasjonale pasientforløp for smertebehandling og for pasienter med utmattelse, muskel- og skjelettlidelser.

De regionale helseforetakene vil få i oppdrag at ventetiden ikke skal øke i 2023 sammenlignet med 2022.

Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers av fagområder og forvaltningsnivå. Regjeringen vil forbedre samhandlingsreformen og videreutvikle helsefellesskapene slik at de blir en drivkraft for tjenesteutvikling til pasientenes beste.

Regjeringen vil fremme en stortingsmelding om Nasjonal helse- og samhandlingsplan innen utgangen av 2023. Et overordnet mål for meldingen er å sikre sømløse pasientforløp og gode tjenester i hele landet. Meldingen vil dekke både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og sette retning for vår felles helse- og omsorgstjeneste.

Regjeringen fortsetter satsingen på persontilpasset medisin gjennom et eget øremerket tilskudd til de regionale helseforetakene, og vil legge fram en ny strategi for persontilpasset medisin i løpet av 2022.

Regjeringen vil videreutvikle Nye metoder med vekt på å redusere saksbehandlingstiden i systemet, sikre større involvering av fagekspert, pasienter og brukere, bedre håndtering av medisinsk utstyr og persontilpasset medisin og bedre implementering av beslutninger. For å understøtte dette foreslås det å styrke metodevurderingskapasiteten i Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk, se omtale under hhv kap. 745, post 01 kap. 746, post 01. En egen omtale av utviklingsarbeidet finnes i kapittel 11 i proposisjonens del III.

Teknologi og digitalisering

Teknologi og digitalisering er en forutsetning for utviklingen av vår felles helse- og omsorgstjeneste, og er nødvendig for en bærekraftig tjeneste. Regjeringen vil presentere den helhetlige digitaliseringspolitikken i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Regjeringen vil fortsette arbeidet med å utvikle og ta i bruk digitale løsninger for samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Realisering av pasientens legemiddelliste er høyt prioritert, og erfaringer fra utprøvingen av pasientens legemiddelliste i Bergen kommune og Helse Vest RHF vil være viktig underlag for å vurdere videre innretning. Det legges opp til en trinnvis utvikling som gradvis vil gi helsepersonell bedre oversikt over oppdaterte legemiddelopplysninger. Felleskomponenter som er nødvendig for å håndtere informasjonssikkerhet og personvern ved større utbredelse av digital samhandling, skal prioriteres. Pasientens prøvesvar, en nasjonal løsning for oppslag i laboratorie- og radiologisvar, er under etablering i Norsk helsenett SF. Ambisjonene må vurderes i lys av ressurser og kapasitet.

Ny Nasjonal e-helsestrategi som vil gjelde fra 2023, skal gi et godt grunnlag for å kunne prioritere og bidra til helhetlig og forpliktende e-helseutvikling.

De regionale helseforetakene og kommuner ble fra 1. januar 2022 pålagt å betale for forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Regjeringen har som mål å etablere finansieringsmodeller som legger bedre til rette for trinnvis utvikling og realisering av sammenhengende e-helseløsninger og forbedring av helsetjenesten.

Organisasjon og økonomi

Det er stilt en rekke krav til de regionale helseforetakene bl.a. om bemanning, ledelse, organisasjon og økonomi mv. De regionale helseforetakene har ansvar for at virksomhetene drives innenfor de rammene som er stilt til disposisjon på en måte som både ivaretar daglig drift og behovet for langsiktig utvikling, inkludert investeringer. Budsjettenes fastsettes av styrene innenfor de gitte rammene og måloppnåelsen vil avhenge av faktisk utvikling i driften og aktiviteten i sykehusene og av faktorer som pris- og lønnsutvikling mv.

Anmodningsvedtak

Behandlingscenter for alvorlig fødselsdepresjon tilrettelagt mor med barn

Vedtak nr. 519, 3. mai 2022

«Stortinget ber regjeringen utrede behovet for behandlingssenter hvor mor kan være sammen med barnet ved alvorlig fødselsdepresjon.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:85 S (2021–2022), jf. Innst. 255 S (2021–2022).

Vedtaket anses som fulgt opp gjennom oppdrag til Helsedirektoratet om å utrede om det er behov for å styrke forebygging og behandling ved ulike alvorlighetsgrader av fødselsdepresjon, og hvordan dette kan innrettes og organiseres.

Planlegging og evaluering av nye sykehusbygg

Vedtak nr. 604, 11. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at ansatte involveres i planlegging og evaluering av nye sykehusbygg.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:147 S (2020–2021), jf. Innst. 205 S (2020–2021).

Vedtaket er fulgt opp i foretaksmøte i de regionale helseforetakene 15. juni 2021. Her ble de regionale helseforetakene bedt om å rapportere på hvilke rutiner og prosesser som foreligger for å involvere de ansatte i planlegging og evaluering av nye sykehusbygg i årlig melding for 2021.

De regionale helseforetakene rapporterte i årlig melding for 2021 på kravet som var stilt i foretaksmøtet 15. juni 2021. Rapporteringen viser at de ansatte er involvert i stor grad i planlegging, gjennomføring og evaluering av nye sykehusbygg.

Alle de fire regionale helseforetakene har rutiner og bestemmelser knyttet til involvering av ansatte. Involveringen skjer ved at ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten i sykehuset deltar i utviklingen av konseptfase, forprosjektphase, detaljprosjekt, kontraheringsfase, slutfase og evalueringer. Medvirkningen er rådgivende og skal foregå innenfor vedtatt mandat, som er styrebehandlet. De ansatte er også representert gjennom sine tillitsvalgte i styrene. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Sikring av fortsatt drift av fødeavdelingen i Kristiansund

Vedtak nr. 650, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen instruere Helse Midt-Norge RHF om å sikre fortsatt drift av fødeavdelingen i Kristiansund i tråd med Stortingets vedtak nr. 574 (2019–2020).»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:7 S (2020–2021), jf. Innst. 217 S (2020–2021).

Vedtaket ble fulgt opp i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 8. mars 2021.

Det ble videre stilt krav i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2022. Følgende omtale er gitt i protokollen fra foretaksmøtet:

«Foretaksmøtet viste til Stortingets behandling av tilleggsnummer til Prop. 1 S (2021–2022), der det bevilges 25 mill. kroner til rekrutterings- og kompetansetiltak på Nordmøre og i Romsdal, og til særskilte tiltak for å opprettholde fødeavdeling i Kristiansund.

Hurdalsplattformen slår fast at det skal utarbeides en tiltakspakke for forsvarlig og stabil bemanning i regionen. Det skal gjennomføres en medisinskfaglig vurdering av hvordan et godt fødetilbud i Kristiansund skal videreføres etter 2025. Videreføring skal ikke forringe kvaliteten i helsetilbudet i regionen for øvrig. Sykehuset på Hjelset skal bygges som planlagt.

Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å:

- *sørge for at Helse Møre og Romsdal HF gjenåpner fødetilbudet i Kristiansund som forutsett så snart det kan gjøres på en forsvarlig måte*
- *iverksette tiltak, sammen med Helse Møre og Romsdal HF, for forsvarlig og stabil bemanning på Nordmøre og i Romsdal.»*

Helseforetaket har over tid jobbet med sikte på å kunne gjenåpne fødetilbudet i Kristiansund. En jordmorstyrt barselavdeling ble åpnet i Kristiansund i januar i år, som et første steg mot en gjenåpning. Fødeavdelingen ble så gjenåpnet 6. juni. Helseforetaket har, tross stor innsats med å tilsette tilstrekkelig kvalifisert personell, opplevd store rekrutterings- og personellutfordringer. Helseforetaket så ikke mulighet for å gjenåpne et faglig forsvarlig fødetilbud i Kristiansund etter ferieavviklingen.

Det følger av beskrivelsen over at Stortingets vedtak er formidlet og fulgt opp, og det lyktes å gjenåpne fødetilbudet i Kristiansund, men da bare for en kort periode. Det lovpålagte kravet til forsvarlighet i tilbudet ligger fast, og må ivaretas lokalt.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Drift av fødeavdelingen i Kristiansund

Vedtaket nr. 651, 23. februar 2021

«Stortinget ber regjeringen snarest sørge for at Helse Møre og Romsdal HF tilføres de nødvendige faglige og økonomiske ressursene til å sikre forsvarlig drift av fødeavdelingen i Kristiansund, og informere Stortinget på egnet måte.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Dokument 8:7 S (2020–2021), jf. Innst. 217 S (2020–2021).

Det vises til omtalen under vedtak 650. Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Permanent ambulanshelikopter i Kirkenes og jettfly i Tromsø

Vedtaket nr. 573, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for et permanent ambulanshelikopter i Kirkenes og et jettfly stasjonert fast i Tromsø.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Meld. St. 7 (2019–2020), jf. Innst. 255 S (2019–2020).

Vedtaket ble fulgt opp i foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. juni 2020. Her ble det vist til foretaksmøte i Helse Nord RHF 17. april 2020, der det ble gitt oppdrag om at det fra 15. juli 2020 skulle stasjoneres et sivilt ambulanshelikopter i Kirkenes til erstatning for Forsvarets Bell-helikopter. Dette ble gjennomført i tråd med vedtaket. Det vises også til bevilgning til ambulanshelikopter i Kirkenes under kap. 732, post 70.

I foretaksmøtet 10. juni 2020 ble de regionale helseforetakene bedt om å legge til rette for stasjonering av et jettfly i Tromsø, om mulig gjennom anskaffelse av et jettfly som norsk bistand for transport av pasienter med «høy-risiko for smitte» under RescEU-programmet. Luftambulansetjenesten HF inngikk etter dette avtale med operatør og det ble gjort en bestilling av nytt jettfly til dette formålet. Luftambulansetjenesten HF fikk våren 2022 på plass et ambulansjetfly i Tromsø. Flyet er finansiert av EU og står i beredskap for oppdrag gjennom RescEU, men inngår samtidig i nasjonal luftambulansberedskap når det ikke er på oppdrag for EU.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Sykehuset i Kirkenes – intensivvirksomhet nivå 2

Vedtak nr. 577, 14. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen definere sykehuset i Kirkenes som intensivvirksomhet nivå 2.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Meld. St. 7 (2019–2020), jf. Innst. 255 S (2019–2020).

Anmodningsvedtaket anses fulgt opp gjennom vedtak i foretaksmøtet 10. juni 2020 hvor Helse Nord RHF ble bedt om å vurdere styrevedtaket fra 2008 om nivådeling av intensivavdelingene i regionen på nytt på bakgrunn av erfaringer gjort siden den gang og på bakgrunn av Stortingets anmodningsvedtak, og gjennom Helse Nord RHF's tilbakemelding gjennom deres regionale delrapport om intensivkapasitet fra juni 2022.

I forbindelse med oppdragene om å utrede fremtidige behovet for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten (oppdragsdokument 2021) og om å ta stilling til behovet for økning i intensivkapasitet i hver region og nasjonalt, og vurdere tiltak på kort og lang sikt (oppdragsdokument 2022), leverte de regionale helseforetakene en statusrapport 15. juni 2022. Her var man bl.a. var kommet til enighet om felles definisjoner av ulike sengekategorier. Fire kategorier av senger ble definert (kategori 0–3) hvorav kategori 2 og 3 definerer den samlede intensiv- og overvåkingskapasiteten. I den forbindelse rapporterte Helse Nord RHF i sin regionale delrapport om intensivkapasitet at det ved Kirkenes sykehus er én sengeplass tilsvarende kategori 2 (overvåkings-seng) og én sengeplass tilsvarende kategori 3 (intensiv-seng) under normal drift. Sistnevnte sengeplass skal ha ressurser til fullverdig intensivmedisinsk behandling inkludert sedasjon, invasiv mekanisk ventilasjon og annen nødvendig organstøttende behandling. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutthjelp hele døgnet hele året. I Innst. 255 S (2019–2020) mente flertallet at Kirkenes sykehus på grunn av avstand og klimatiske forhold måtte kunne utføre respiratorbehandling over flere døgn i påvente av transport, eller frem til det tidspunktet hvor pasienten ikke har behov for respiratorstøttende behandling. Dette er ivaretatt gjennom tilbakemeldingen fra Helse Nord RHF.

Svangerskap – ultralyd med tilleggsundersøkelser

Vedtak nr. 617, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at ultralyd med tilleggsundersøkelser som kan avdekke alvorlig sykdom eller skade hos fosteret, blir et tilbud til alle kvinner i første trimester gjennom den offentlige svangerskapsomsorgen.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020).

I Innst. 11 S (2020–2021) merker komiteen seg at tiltaket ikke er utkvittert av regjeringen, og understreker at tilbudet skal være tilgjengelig for alle kvinner i første trimester gjennom den offentlige svangerskapsomsorgen innen 1. januar 2021.

Vedtaket er fulgt opp gjennom økning av bevilgningen under kap. 732 i 2022. Tilbudet skal innføres i alle helseforetak i løpet av 2022. I Prop. 1 S (2022–2023) foreslås det bevilget helårsvirkning for tjenestetilbudet.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

NIPT til alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk

Vedtak nr. 619, 26. mai 2020

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Non-invasiv prenatal test (NIPT) tilbys alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk, eller ved funn på tidlig ultralyd med tilleggsundersøkelser, uavhengig av kvinnens alder»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Prop. 34 L (2019–2020), jf. Innst. 296 L (2019–2020).

I Innst. 11 S (2020–2021) merker komiteen seg at tiltaket ikke er utkvittert av regjeringen, og understreker at tilbudet skal være innført innen 1. januar 2021.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp ved at de regionale helseforetakene har etablert tilbud om NIPT til alle gravide som har krav på fosterdiagnostikk (gravide over 35 år eller som har andre indikasjoner for fosterdiagnostikk).

Gjennomgang av unntaksordning i Nye metoder

Vedtak nr. 765, 10. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen følge anbefalingen fra Proba om å gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen og å komme tilbake til Stortinget

med en drøfting av unntaksordningen og praktiseringen av den i den varslede stortingsmeldingen om prioritering.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:233 S (2021–2022) Representantforslag om å gi raskere tilgang til medisiner for norske pasienter, jf. Innst. 359 S (2021–2022). Vedtaket er fulgt opp ved at det er gitt følgende oppdrag til de regionale helseforetakene i revidert oppdragsdokument 2022:

«De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Vest RHF, gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen i system for Nye metoder. De regionale helseforetakene skal herunder vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018–2019) og undersøke variasjon i praktiseringen av unntak for enkeltpasienter. Arbeidet skal vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen. Gjennomgangen skal også vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel compassionate use program, godkjenningssfritak eller kliniske studier.»

Helse- og omsorgsdepartementet vil motta rapportering på oppdraget i årlig melding 2023. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med en drøfting av unntaksordningen og praktiseringen av den i den varslede stortingsmelding om prioritering i 2024.

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Redegjørelse for oppfølging av evaluering av Nye metoder

Vedtak nr. 766, 10. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2023 gi en redegjørelse for hvordan evalueringen av systemet for Nye metoder er fulgt opp, inkludert tiltak for å få saksbehandlingstiden ned, sikre tillit til systemet og gi brukere og fagfolk en sterkere stemme.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument 8:233 S (2021–2022) Representantforslag om å gi raskere tilgang til medisiner for norske pasienter, jf. Innst. 359 S (2021–2022). Vedtaket er fulgt opp ved at det er gjort rede for oppfølging av evaluering av Nye metoder i kapittel 11 i Prop. 1 S (2022–2023).

Anmodningsvedtaket anses som fulgt opp.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen over posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. I 2022 og 2023 er bl.a. følgende prosjekter finansiert over posten:

- Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene
- Utvalg som utreder kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv
- Utvalg som utreder hvordan fremtidens apotek skal innrettes
- Helsepersonellkommisjonen som skal vurdere behovene for personell og kompetanse i helsetjenesten fram mot 2040
- Utvalg som utreder endringer i styring av sykehusene og helseforetaksmodellen
- Ekspertutvalg som evaluerer vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helse
- Utvalg som ser på abortlovens bestemmelser, oppfølgingen av kvinner som tar abort og alternativer til dagens abortnemnder
- Utredning av økonomiske og administrative kostnader ved statlig overtakelse av luftambulansetjenesten

I Hurdalsplattformen går det fram at Regjeringen vil forberede statlig overtakelse av luftambulansen og utrede modeller for samarbeid med ideelle. Regjeringen har besluttet at det videre arbeidet vil ta utgangspunkt i rapporten «Organisering av luftambulansetjenesten» som ble avlevert av en ekspertgruppe i mars 2021. Det er utlyst en anbudskonkurranse for å utrede nærmere de økonomiske og administrative konsekvensene i de ulike modellene i rapporten med frist sommeren 2023. Sentrale aktører, herunder de ansattes organisasjoner, vil bli involvert på egnet måte i arbeidet. Regjeringen vil legge fram forslag til framtidig organisering for Stortinget i 2024.

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 åtte tilskudd tilsvarende 37,3 mill. kroner fra posten til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger (kap. 732, postene 72–75). Det innebærer at de øremerkede tilskuddene blir frie inntekter. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, postene 72–75.

Følgende tiltak fra Saldert budsjett 2022 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2023:

- 193,2 mill. kroner til rettsmedisinske fag
- 128,9 mill. kroner til drift av Krefregisteret
- 67,4 mill. kroner i tilskudd til Helseplattformen – kommuner og fastleger
- 63,6 mill. kroner til ambulanshelikopter i Kirkenes
- 57,0 mill. kroner til heroinassistert behandling
- 42,6 mill. kroner til nasjonalt senter for e-helseforskning
- 39,8 mill. kroner til tilskudd til LIS1 og turnustjeneste
- 36,7 mill. kroner til medisinske undersøkelser i Statens barnehus
- 15,5 mill. kroner til kvinnehelseforskning
- 14,5 mill. kroner til bedre psykisk helsehjelp i barnevernet
- 11,4 mill. kroner til landsdekkende modell for organisering av rettspsykiatri
- 11,0 mill. kroner til sykestuene i Finnmark
- 6,9 mill. kroner til drift av Nye metoder
- 5,4 mill. kroner til et pilotprosjekt med en avrusningsenhet i Bjørgvin fengsel
- 3,7 mill. kroner til Bredtvet fengsel
- 2,2 mill. kroner til monitorering og kunnskaps-spredning av Raskere tilbake

Del 1 i spesialistutdanningen for leger og turnustjeneste 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. Stillingene utlyses sentralt gjennom en søknadsportal, mens tilsettingene gjøres lokalt i to årlige søknadsrunder. Det var 1 240 søkere våren 2021, 921 søkere høsten 2021 og 1 193 søkere våren 2022 til de utlyste LIS1-stillingene.

Samlet foreslås bevilgningen over kap. 732, post 70 økt med 44,5 mill. kroner knyttet til nye LIS1-stillinger. Av dette er

- 31 mill. kroner knyttet til videreføring av 31 nye stillinger med oppstart høsten 2022.
- 13,5 mill. kroner knyttet til videreføring av 100 nye stillinger, hvorav 50 hadde oppstart høsten 2021 og resterende stillinger hadde oppstart våren 2022.

I statsbudsjettet for 2022 ble antallet LIS1-stillinger økt med 62, med oppstart av 31 nye stillinger høsten 2022, resten våren 2023. Det foreslås å redusere denne økningen, slik at stillingene som skulle bli opprettet våren 2023 ikke blir opprettet. De 31 gjenværende stillingene skal på sikt bindes til spesialiteter på tjenestoområder med særlig

behov for rekruttering av legespesialister som psykiatri og allmenntilleggsmedisin. Fra våren 2023 vil det årlig lyses ut om lag 1 120 LIS1-stillinger. Det vises også til omtale under kap. 783, post 61.

Fysioterapeutenes turnustjeneste er seks måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å kvalifisere til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. I 2021 var det 340 kandidater, mens det i 2022 er noe over 350 fysioterapeuter i turnustjeneste. For 2023 er det estimert et behov for om lag 330 turnusplasser, men dette kan øke som følge av søkere med utdanning fra utlandet.

Det ytes et årlig tilskudd per turnusplass for fysioterapeuter og de opprinnelige 950 LIS1-stillingene på om lag 28 500 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med. Hoveddelen av kostnadene dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, postene 72–75). Det årlige tilskuddet kommer i tillegg og skal kompensere for tilrettelegging, veiledning og supervisjon av kandidatene. Det foreslås et tilskudd på 39,8 mill. kroner i 2023 som fordeles mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2023.

Nasjonalt program for screening av tarmkreft

I 2018 ble det etablert et interregionalt prosjekt med styringsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF for å planlegge innføringen av et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft. Tilbudet skal gis til kvinner og menn året de fyller 55 år. Det er lagt opp til at 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. Innsamling av data og kvalitetssikring av metodene for screening er en viktig del av programmet. Det er utviklet et IT-program som understøtter invitasjoner og innsamling av data, og det er etablert delprosjekter i hver region. Akershus universitetssykehus HF er nasjonalt mottak for prøver for blod i avføringen. Fra 1. august 2022 driftes programmet av Krefregisteret. De første invitasjonene til tarmscreeningprogrammet ble sendt ut våren 2022. Programmet skal være landsdekkende innen 2024. Samlet foreslås det et tilskudd på 203 mill. kroner i 2023 til oppfølgingen av pilotprosjektet, investering og videreutvikling i IT-program, rekruttering av per-

sonell, skopiskole, investeringer i endoskopisentre mv. Tilskuddet økes fram til 2024 som følge av gradvis oppbygging nasjonalt.

Hjemmetest livmorhalsprogrammet

Livmorhalskreft rammer om lag 400 kvinner årlig, og en stor andel er yngre kvinner. Over halvparten av livmorhalskrefttilfellene diagnostisert i Norge er blant kvinner som ikke har tatt livmorhalsprøver som anbefalt. I tillegg får de som aldri eller sjelden gjennomgår screening oftere påvist livmorhalskreft på et høyere stadium enn de som undersøker seg som anbefalt. Målet med å innføre hjemmetest er at deltakelsen i Livmorhalsprogrammet skal øke og at færre kvinner på sikt skal utvikle livmorhalskreft. Deltakelsen i det norske Livmorhalsprogrammet ligger i dag på 71 pst. Det er ønskelig å øke denne til minst 80 pst. En ny norsk studie viser at tilbud om hjemmetest til denne gruppen fører til økt deltakelse, avdekker et betydelig antall forstadier til kreft, og kreft som ikke ville blitt avdekket ved ordinær påminnelse om å ta screeningprøve hos lege. Helsedirektoratet foreslår at hjemmetest implementeres i regi av Kreftregisteret, og en utviklingsperiode er igangsatt i 2022 og en implementeringsperiode fra 2023 til 2027. Det første implementeringsåret planlegges det å invitere kvinner som ikke har deltatt i screening på mer enn 10 år ved å sende de en hjemmetest i posten. Etter at implementeringen har vart i ett år, planlegges det at kvinner som ikke har deltatt i screening på mer enn 8 til 9 år inkluderes ved å få tilbud om å bestille en hjemmetest.

Det foreslås 29,2 mill. kroner til tiltaket i 2023. Midlene er fordelt på kap. 732, postene 70 og postene 70–77. Under post 70 foreslås det et tilskudd på 19,2 mill. kroner i 2023.

Forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler

Kunnskapsgrunnlaget for substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet er solid og det er godt dokumentert at legemiddelassistert rehabilitering reduserer bruk av illegale opioider og overdosedødsfall, øker retensjon i behandling og bedrer helsetilstand og livskvalitet hos denne pasientgruppen. Kunnskapsgrunnlaget for medikamentell behandling med benzodiazepiner og amfetaminholdige legemidler er imidlertid svakt, og det medikamentelle behandlingstilbudet til pasienter med slike avhengigheter er derfor begrenset. Det

er derfor behov for å styrke og videreutvikle forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler. Formålet er å utvikle helsetjenesten med sikte på å redusere overdosedødsfall, bedre helse-tilstanden og øke livskvaliteten hos pasienter med avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler. For å oppnå disse målsetningene er det behov for økt kompetanse og kunnskap om effekt og sikkerhet av slik behandling.

Det foreslås 14 mill. kroner til å styrke og videreutvikle forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler.

Tilpasninger til radiologmangel

I lys av mangel på brystradiologer både i Norge, Norden og delvis Europa, ønsker Kreftregisteret å effektivisere leseprosessene av screeningprogrammene ved å ta i bruk kunstig intelligens. Det foreslås å styrke bevilgningen med 10 mill. kroner i 2023 til oppgradering av Kreftregisterets IKT-plattform og tilrettelegging av datasystemene slik at Mammografiscreeningprogrammet kan ta i bruk kunstig intelligens. Dette er et ettårig tilskudd til investering.

Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren (InnoMed)

InnoMed skal spre kompetanse om tjenesteinnovasjon på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. InnoMed eies og styres av de fire regionale helseforetakene i samarbeid med KS. Helse Midt-Norge RHF leder styringsgruppen og ressursgruppen, og er ansvarlig for kontrakten med nåværende tjenesteleverandør. InnoMeds satsningsområder var i 2021 digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus, samt utvikling av tjenester til prioriterte pasientgrupper i helsefelleskapene, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Tilskuddet på 12,9 mill. kroner går til videreføring av InnoMed. Midlene er flyttet fra kap. 781, post 21.

Tverrfaglig helsekartlegging

I 2022 ble tilbud om tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet lovfestet, jf. Prop. 222 L (2020–2021). Stortinget vedtok en plikt for den kommunale barnevernstjenesten til å be Bufetat om helsekartlegging, jf. Innst. 166 L (2021–2022). Plikten vil tre i kraft når det er bygget opp tilstrekkelig kapasitet i det statlige tilbudet. Tverrfaglige

kartleggingsteam der spesialisthelsetjenesten bidrar med bl.a. leger og psykologer med kompetanse på barn, er under etablering, og flere tverrfaglige kartleggingsteam vil komme på plass i løpet av 2023. Kartleggingen er organisatorisk forankret i Bufetat, men utføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det ble i 2022 bevilget 45 mill. kroner til utprøving av tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Det foreslås å øke bevilgningene med 21 mill. kroner i 2023, hvorav 2,3 mill. kroner over kap. 732, post 70, for å styrke spesialisthelsetjenestens andel av tilbudet og 1,1 mill. kroner over kap. 740, post 01, til koordinerende tiltak gjennom Helsedirektoratet. Midlene til de regionale helseforetakene skal fordeles mellom regionene når det er avklart hvor nye kartleggingsteam skal etableres i 2023. Samlet utgjør bevilgningene til formålet 66 mill. kroner i 2023. Det vises også til omtale av helsesatsingen i barnevernet under kap. 765, post 21.

Persontilpasset medisin

Det foreslås å gi de regionale helseforetakene 104,7 mill. kroner i tilskudd til tiltak innenfor persontilpasset medisin. Tilskuddet er et viktig bidrag for innføringen av persontilpasset medisin i spesialisthelsetjenesten, og understøtter bl.a. oppfølgingen av Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser og Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. Tilskuddet skal benyttes til å finansiere sekvenseringsutstyr i helseforetakene, det nasjonale kompetansenettverket for persontilpasset medisin, infrastruktur for presisjonsdiagnostikk og etablering av nasjonalt genomsenter. Bevilgningen foreslås redusert med 2,5 mill. kroner mot tilsvarende økning i bevilgning over kap. 740, post 01 til Helsedirektoratets utredning av juridiske og etiske sider ved nasjonalt genomsenter.

Helseplattformen – tilskudd til kommuner og fastleger

Det er etablert en tilskuddsordning for Helseplattformen i Midt-Norge for å legge til rette for deltakelse fra kommuner og fastleger i Midt-Norge, slik at Helse Midt-Norge og kommunene som går inn i prosjektet avlastes for risiko knyttet til manglende deltakelse. Tilskuddet skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen.

Ved behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020) ble tilskuddsrammen satt til 601 mill. 2019-kroner. Det ble utbetalt 102,6 mill. kroner i 2022. Det fore-

slås en bevilgning på 67,4 mill. kroner i 2023. Med det er hele tilskuddsrammen utbetalt.

Tiltak i Helse Møre og Romsdal

Det ble for 2022 bevilget 25 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF til tiltak i Helse Møre og Romsdal. Midlene skulle gå til tiltak for forsvarlig og stabil bemanning, og særskilt legge til rette for å kunne gjenåpne fødetilbudet i Kristiansund. Det vises til omtale av anmodningsvedtakene under kap. 732 for nærmere beskrivelse. Det foreslås at midlene videreføres og benyttes til tiltak for forsvarlig og stabil bemanning i regionen.

Endringer i bioteknologiloven mv.

I forbindelse med endringer i bioteknologiloven ble det i 2022 bl.a. bevilget 20,6 mill. kroner til investeringer i Helse Sør-Øst. Bevilgningsbehovet var ettårig, og følgelig reduseres kap. 732, post 70 med 20,6 mill. kroner slik at det bevilges 36,4 mill. kroner på kap. 732, post 70 til formålet.

I forbindelse med anmodningsvedtak 617 (2019–2020) vedr. tidlig ultralyd til alle gravide kvinner ble det i 2022 bevilget 3/4 årsvirkning til formålet fordi oppstart ville skje noe ut i året. Det foreslås å styrke bevilgningen under kap. 732, postene 72–77, med 25,6 mill. kroner slik at helårsvirkningen er ivaretatt:

- 4,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1 mill. kroner til kap. 732, post 75
- 10,3 mill. kroner til kap. 732, post 76
- 6,4 mill. kroner til kap. 732, post 77

I tråd med forliket om bioteknologiloven i 2020 vil preimplantasjonsdiagnostikk og genetisk undersøkelse fremover gjøres i Norge i stedet for i utlandet.

Redningshelikopterbase i Tromsø

Stortinget vedtok i tråd med Prop. 85 S (2020–2021) etablering av en ny redningshelikopterbase i Tromsø, som startet opp i 2022. Døgnkontinuerlig medisinsk tilstedevakt betjenes av personell fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF. For 2022 ble det bevilget 4,9 mill. kroner (halvårseffekt) til Helse Nord RHF til kompensasjon for merutgifter ved innføring av tilstedevakt for lege. Det foreslås en bevilgning på 10,2 mill. kroner til tiltaket i 2023.

Landingsplasser for nye redningshelikoptre

Ved behandling av Prop. 115 S (2021–2022) ble det bevilget 38,2 mill. kroner til tilpasning av landingsplasser for de nye redningshelikoptrene ved sykehusene i Namsos (15,6 mill. kroner) og Hammerfest (22,6 mill. kroner) for 2022. For 2023 foreslås det en bevilgning på 135,6 mill. kroner til de to landingsplassene. Midlene fordeles med 63,6 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF knyttet til prosjektet i Namsos og 72 mill. kroner til Helse Nord RHF knyttet til Hammerfest. Prosjektene planlegges slutført i 2023.

Operasjonsstue i Alta

Det vises til statsbudsjettet for 2021, hvor det ble bevilget 15 mill. kroner til etablering av operasjonsstue i Alta. Midlene gjaldt kun for 2021 og ble ikke videreført. Finnmarkssykehuset har ledig operasjonsstuekapasitet og ser derfor et større behov for å benytte midlene til oppgradering og utvidelse av poliklinikk og arealer for dagbehandling i Alta enn investering i en ny operasjonsstue.

Post 71 Resultatbasert finansiering

Ordningen med resultatbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten ble innført fra budsjettåret 2022, jf. Prop. 1 S (2021–2022). Resultatbasert

finansiering erstattet den tidligere ordningen med kvalitetsbasert finansiering.

Formålet med ordningen er å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering. I 2023 inkluderes følgende indikatorer:

- Andel video- og telefonkonsultasjoner
- Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
- Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- Andel pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling
- Andel pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team)
- Andelen schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan
- Andel epikriser sendt innen en dag

Det er satt måltall for de ulike indikatorene. Videre vektes de noe ulikt, ut fra antall observasjoner. I fordelingen for 2023 er det data for første tertial 2022 som benyttes. Det tas sikte på å gjennomføre en avregning i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2023.

Helsedirektoratet publiserer årlig regelverk for ordningen. Fordelingen for 2023 følger av tabell 4.3.

Tabell 4.3 Fordeling av tilskuddet til resultatbasert finansiering (mill. kroner)

	Fordeling 2023	Fordeling 2022	Endring fra 2021 til 2022	Endring fra 2022 til 2023 i pst.	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst RHF	304,9	297,8	7,1	2,4 %	-27,7
Helse Vest RHF	139,5	117,3	22,2	18,9 %	22,3
Helse Midt-Norge RHF	98,5	107,3	-8,8	-8,2 %	11,2
Helse Nord RHF	69,1	67,9	1,1	1,7 %	-6,7
Sum	612,0	590,3	21,7	3,7 %	0

Helse Vest og Helse Midt-Norge øker sine inntekter gjennom resultatbasert finansiering i 2023, sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. De får hhv. 22,3 mill. kroner og 11,2 mill. kroner i økte inntekter. Helse Vest har jevnt over høy måloppnåelse på alle indikatorene, og en positiv utvikling sammenliknet med 2022. Helse Midt-Norge har

jevnt over høy måloppnåelse, men taper likevel noe av sin andel av bevilgningen sammenliknet med 2022. Helse Sør-Øst og Helse Nord får hhv. 27,7 mill. kroner og 6,7 mill. kroner i reduserte inntekter sammenliknet med en fordeling av midlene etter den vanlige inntektsfordelingsmodellen. Helse Sør-Øst har jevnt over god måloppnåelse, men enkelte indikatorer trekker ned resultatet.

Også Helse Nord gjør det jevnt over godt, men har en relativt lav måloppnåelse på indikatorene andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan og digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering. Dette trekker totalbeløpet noe ned.

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 RHF (post 72), Helse Vest RHF (post 73), Helse Midt-Norge RHF (post 74) og Helse Nord RHF (post 75).

Nedenfor følger enkeltforslag med bevilgningsmessige konsekvenser samt forslag til modell for fordeling av basisbevilgningene mellom de fire regionale helseforetakene i 2023. Endelig fordeling av de fire basisbevilgningene følger av fordelingsnøklerne i inntektsmodellen, jf. tabell 4.4.

Lavere ISF-andel

Det foreslås å redusere ISF-andelen for somatikk fra 50 til 40 pst. fra 2023. Gjennom økt rammefinansiering vil de regionale helseforetakene gis økt strategisk handlingsrom, og det kan bli økonomisk enklere for sykehusene å prioritere oppgaver som ikke gir inntekter gjennom ISF. Poliklinisk psykisk helsevern og TSB ble inkludert i ISF i 2017, og ISF-andelen for dette tjenesteområdet anslås til å være om lag 25 pst. Det foreslås i 2023 ingen endringer i ISF-andelen for poliklinisk psykisk helsevern og TSB.

Omlaggingen er budsjettneøytral. Dette innebærer at bevilgningen under kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering reduseres med 8552,8 mill. kroner mot at basisbevilgningen økes med samme beløp med følgende fordeling:

- 4 611,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1 633,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1 223,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1 084,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Økt grunnfinansiering

Grunnfinansieringen av sykehusene foreslås økt med 550 mill. kroner. Dette skal gi rom for vedlikehold, investeringer, beredskapsarbeid og intensivkapasitet. Økningen fordeles slik:

- 281,7 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 99,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 74,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 66,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Resterende beløp på 27,5 mill. kroner tildeles over kap. 732, post 80.

Økt døgnbehandling psykisk helsevern

I Hurdalsplattformen står det at nedbyggingen av sengeplasser innen psykisk helse må hindres. Dette er i tråd med de regionale helseforetakenes egne analyser. Samtidig er det behov for å styrke det polikliniske og ambulante tilbudet. Departementet har fulgt opp dette i oppdragsdokumentet for 2022 og satt som mål at aktiviteten både i døgnbehandling og poliklinisk aktivitet skal minst være på linje med 2021.

Det foreslås 150 mill. kroner til å øke døgnkapasiteten for barn, unge og voksne i psykisk helsevern. De regionale helseforetakenes egne framskrivninger viser at nivået på døgnplasser ikke bør bygges ned ytterligere og at det er behov for å styrke tilbudet for noen grupper. Noen steder kan det også være behov for å øke behandlingsslengde. Det er geografiske forskjeller i tilgang til døgnbehandling og de regionale helseforetakene må på bakgrunn av framskrivningene avgjøre hvor behovet er størst i deres region. Noen steder vil det være behov for å styrke tilbudet til barn og unge, mens andre har for lite døgnkapasitet til personer med alvorlige psykiske lidelser eller de som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Økningen fordeles slik:

- 76,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 27,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 20,4 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 18,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Resterende beløp på 7,5 mill. kroner tildeles over kap. 732, post 80.

Aktivitetsvekst på om lag 1,5 pst.

Den foreslåtte aktivitetsveksten på 2 000 mill. kroner legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,5 pst. fra Saldert budsjett 2022. I tråd med etablert praksis 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 og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. 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 2023. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 pst. fra Saldert budsjett 2022, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på om lag 2,5 pst. neste år. Av den foreslåtte aktivitetsveksten, fordeles 1 303 mill. kroner over basisbevilgningene slik:

- 702,5 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 248,9 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 186,4 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 165,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Resterende beløp tildeles over kap. 732, post 76, post 77 og post 80.

Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg

Regjeringen tar sikte på å avvikle godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg fra 2023. Helse- og omsorgsdepartementet sendte den 1. april 2022 på høring forslag til endringer i regelverket for å avvikle godkjenningsordningen, og høringsfristen var 1. juli 2022. Det tas sikte på å fremme en sak for Stortinget i løpet av høsten 2022.

Ordningen har i liten grad oppnådd formålet om å få ned ventetidene eller gjort helsetjenesten mer effektiv. Samtidig har den bidratt til å svekke de offentlige sykehusene. Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal fremdeles kunne velge mellom offentlige tilbud, og private tilbud som de regionale helseforetakene har anskaffet gjennom anbud. De regionale helseforetakene skal påse at pasientene får videreført de tilbud de har behov for når ordningen avvikles.

Avvikling av godkjenningsordningen vil ikke ha bevilgningsmessige konsekvenser for de regionale helseforetakene. De finansierer pasientbehandling som i dag er omfattet av ordningen over sine ordinære driftsbevilgninger, i tråd med sitt sørge-for-ansvar. En avvikling innebærer derfor at midlene de regionale helseforetakene i dag bruker på pasientbehandling i denne ordningen, kan omprioriteres til pasientbehandling i egen regi eller gjennom kjøp fra private aktører gjennom anbud. Departementet understreker at avviklingen ikke innebærer en omprioritering av innsats mellom tjenesteområder, herunder psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og rehabilitering.

Pensjon

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 16 100 mill. kroner. Dette er 1 900 mill. kroner høyere enn bevilgningsnivået ved Saldert budsjett 2022, vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022). Økningen fordeles slik:

- 1 024,5 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 362,9 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 271,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 240,9 mill. kroner til kap. 732, post 75

Utdanningsstillinger for spesialsykepleiere

Ved Stortingets behandling av Prop. 51 S (2021–2022) ble det bevilget midler til å opprette minst 200 nye utdanningsstillinger for spesialsykepleiere innen anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) og jordmødre fra 2022. De 30 utdanningsstillingene som det ble bevilget midler til ifb. Stortingets behandling av Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022) inngår i tallet på 200 nye utdanningsstillinger.

Disse spesialsykepleierens kompetanse er grunnleggende for tjenestetilbudet i hele landet. Det er et langsiktig arbeid å utdanne tilstrekkelig antall spesialsykepleiere. Satsingen vil bidra til å sikre ordinær drift i tjenestene i en normalsituasjon, samt gi grunnlag for å ruste opp bemanningen for å sikre en beredskap for pandemier og andre kriser. ABIOK-sykepleiere og jordmødre får en kompetanse som gir et godt grunnlag for å erverve tilleggskompetanse. Dermed kan de bidra til større fleksibilitet i disponering av personell når det er behov for det, eksempelvis i beredskapssituasjoner.

Det foreslås 199 mill. kroner til tiltaket i 2023. Midlene skal gå til helårseffekt av stillingene opprettet i 2022, samt opprettelse av 200 nye utdanningsstillinger i 2023. Utdanningsstillingene skal opprettes i tillegg til eksisterende utdanningsstillinger og med grunnlag i en dokumentert behovsanalyse og plan for personell og kompetanse på kort, mellomlang og lang sikt. Relevante aktører skal involveres og samarbeidet med universitets- og høyskolesektoren skal vektlegges. Økningen fordeles slik:

- 107,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 38 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 28,5 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 25,2 mill. kroner til kap. 732, post 75

Økt gebyr for manglende fremmøte poliklinikk

Gebyret for manglende fremmøte til somatisk poliklinikk er i dag tre ganger egenandelsbeløpet eller 1125 kroner. Gebyret inngår ikke i frikortet og kan kreves av alle, også grupper som er fritatt for egenandel. Det foreslås å øke gebyret til å utgjøre fire ganger egenandelens størrelse. Med dagens egenandelsnivå innebærer dette et gebyret tilsvarende 1500 kroner. Forslaget innebærer en samlet innsparing tilsvarende 59,7 mill. kroner fordelt slik:

- 32,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 11,4 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 8,5 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 7,6 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Ved poliklinisk helsehjelp innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er gebyret i dag normert til samme beløp som egenandelen, dvs. 375 kroner. Det foreslås ingen endring av dette gebyret.

Kompensasjon for kostnader til nasjonale e-helseløsninger

Det foreslås å øke basisbevilgningene til de fire regionale helseforetakene med 21,2 mill. kroner for å dekke en tredjedel av veksten i kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger i 2023. Forslaget er en oppfølging av endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger som pålegger kommuner og regionale helseforetak å betale for kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger. Tilsvarende foreslås det å øke rammetilskuddet til kommuner, jf. omtale under Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60. Økningen fordeles slik:

- 11,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 4,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 3,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

Forvaltning og drift av e-helseløsninger

Det foreslås å flytte 7,8 mill. kroner til kap. 740, post 01 Helsedirektoratet for forvaltning og drift av tjenester som frikort, velg behandlingssted, kunnskapsinnhold om helse og rettigheter, bytte fastlege og verktøy for mestring og folkehelse på helsenorge.no. Flyttingen fordeles slik:

- 4,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 1,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 1,1 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 1,0 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Behandling av personer dømt for seksuelle overgrep

I løpet av 2021 har alle helseregioner etablert et behandlingstilbud til innsatte som er dømt for seksuallovbrudd og som vurderes å ha høy risiko for tilbakefall. Behandlingstilbudet er forankret i spesialisthelsetjenesten og tilbys ved 13 utvalgte fengsler over hele landet. Tilbudet er utviklet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og Kriminalomsorgens regioner. Sluttrapport fra prosjektet ble overlevert departementet i juni 2021 og behandlingstilbudet har nå blitt etablert som del av den ordinære spesialisthelsetjenesten i alle helseregioner. Det foreslås at 34 mill. kroner til drift av behandlingstilbudet flyttes til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 19,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 6,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 4,6 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 4,0 mill. kroner til kap. 732, post 75

Behandling av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer

For å understøtte det videre arbeidet med etablering av regionale spisskompetansemiljøer for behandling av barn og unge med skadelig seksuell atferd, jf. Prop. 1 S (2021–2022), foreslås det å flytte 10,3 mill. kroner fra kap. 765, post 21 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Flyttingen fordeles slik:

- 5,5 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 2,0 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1,5 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Flytting av øremerkede tilskudd fra post 70

Hovedregelen er at midler til de fire regionale helseforetakene budsjetteres over kap. 732, postene 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70 i en periode. Det foreslås å flytte noen enkelttilskudd fra 732, post 70 til basisbevilgningene kap. 732, post 72–75 i 2023. Det innebærer at noen tidligere øremerkede midlene blir frie inntekter. Det foreslås at følgende åtte tilskudd tilsvarende 37,3 mill. kroner på kap. 732, post 70 flyttes til basisbevilgningene i 2023:

- Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling (1,7 mill. kroner) til kap. 732, post 72
- Oppfølging av barn og unge med identifisert narkolepsi som mulig følge av influensavaksi-

- nen Pandemrix (4 mill. kroner) til kap. 732, post 72
- Økt kunnskap om behandling av personer med skadelig bruk av doping (5 mill. kroner) til kap. 732, post 72
- Tematisk biobank CFS/ME (1 mill. kroner) til kap. 732, post 72
- Anestesibemannede legebiler Mjøsområdet og Grenland (11,1 mill. kroner) til kap. 732, post 72
- Avansert hjemmesykepleie for barn i Stavanger (6,7 mill. kroner) til kap. 732, post 73
- Avansert hjemmesykehus barn Helse Vest (4,4 mill. kroner) til kap. 732, post 73
- Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang (3,4 mill. kroner) til kap. 732, post 75

Hjemmetest livmorhalsprogrammet

I Saldert budsjett 2022 ble det satt av midler til oppstart hjemmetest som en del av livmorhalsprogrammet. Det foreslås bevilget 29,2 mill. kroner til hjemmetesting over flere poster under kap. 732 i 2023, jf. omtale under kap. 732, post 70. Av dette skal 2,5 mill. kroner fordeles slik:

- 1,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Overføring av legemidler

Finansieringsansvaret for flere legemiddelgrupper ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene 1. september 2020 og 1. februar 2021. Det foreslås å inkludere flere av disse legemidlene i innsatsstyrt finansiering fra 2023. Det vises til omtale under kap. 732, post 76. Forslaget innebærer at 239 mill. kroner flyttes til kap. 732, post 76, med følgende fordeling:

- 128,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 45,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 34,1 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 30,3 mill. kroner fra kap. 732, post 75

I Prop. 1 S (2021–2022) ble det vist til at det kunne bli aktuelt å overføre finansieringsansvaret for enkelte ytterligere legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, herunder legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner og parenteral ernæring. Forslag om overføring av finansieringsansvaret for legemidlene har vært på høring. Det er behov for enkelte forberedelser før en ev. overføring gjøres. Det tas sikte på å overføre finansieringsansvaret for legemidlene i 2024.

Rehabilitering og ISF

Det foreslås at rehabilitering i ISF-ordningen utvides. Det vises til omtale under kap. 732, post 76. Forslaget innebærer at 46,6 mill. kroner flyttes til kap. 732, post 76 med følgende fordeling:

- 25,1 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 8,9 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 6,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 5,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Økte egenandeler pasientreiser og poliklinisk helsehjelp

Det foreslås at egenandelene for pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet og poliklinisk helsehjelp øker med 3 pst. Egenandelene økes fra 1. januar 2023, bortsett fra poliklinisk helsehjelp som økes fra 1. juli 2023. Inntektene til de regionale helseforetakene skal ikke påvirkes av økningene, og basisbevilgningene foreslås redusert med 7,2 mill. kroner med følgende fordeling:

- 3,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 1,4 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 1,0 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Inntektsmodell for regionale helseforetak

Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene over kap. 732, postene 72–75 fordeles gjennom en inntektsmodell. Modellen tar hensyn til regionale forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester og forskjeller i kostnader ved å yte spesialisthelsetjenester, slik det også er i inntektssystemet for kommunesektoren.

Modellen bygger på forslaget i NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Den er innført gjennom inntektsvekst over to år i 2021 og 2022. Det vises til Prop. 1 S (2020–2021) for en nærmere beskrivelse av inntektsmodellen.

Oppdatering av befolkningstall og andre kriterieverdier i modellen medfører på vanlig måte omfordeling mellom de regionale helseforetakene fra 2022 til 2023. Det er en tilsiktet og ønsket virkning av en inntektsmodell som tar hensyn til endringer i befolkningen samt helse- og sosiale kriterier som har betydning for behovet for spesialisthelsetjenester.

For 2023 innebærer oppdatering av kriterieverdiene at Helse Nord RHF og Helse Vest RHF isolert sett får redusert sine basisbevilgninger mens Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF får økt sine basisbevilgninger. Det er Helse

Nord RHF som får redusert sin basisbevilgning mest som følge av oppdatering av kriterieverdiene i modellen, både i absolutt og relativt nivå. Hovedgrunnen til dette er at Helse Nord RHF har befolkningsnedgang fra 2021 til 2022, mens de tre øvrige regionene har befolkningsvekst. Samtidig mottar Helse Nord RHF høyest andel av basisbevilgningen per innbygger. Budsjettfor-

slaget for 2023 innebærer at alle de regionale helseforetakene får økt sine basisbevilgninger fra 2022 til 2023, korrigert for oppgaveendringer og pris- og lønnsvekst.

Fordelingsnøkkelen for fordeling av basisbevilgning mellom de regionale helseforetakene i 2023 fremgår av tabell 4.4.

Tabell 4.4 Fordelingsnøkkel basisbevilgning 2023

	2022	2023
Helse Sør-Øst RHF	0,5392	0,5419
Helse Vest RHF	0,1910	0,1915
Helse Midt-Norge RHF	0,1430	0,1428
Helse Nord RHF	0,1268	0,1239
Sum	1,0000	1,0000

Forslaget om å redusere ISF-andelen innenfor somatikken fra 50 til 40 pst. vil kunne påvirke samlet inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene. ISF og basisbevilgningene fordeles mellom de regionale helseforetakene etter ulike kriterier. Når sammensetningen av inntektene endres som følge av endret ISF-andel vil derfor samlet inntektsfordeling kunne endres. På usikkert grunnlag er omfordelingseffektene anslått til om lag 100 mill. kroner samlet sett.

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 2021 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 70 476,2 mill. kroner.

Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2021 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 24 904,4 mill. kroner.

Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2021 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 18 570,2 mill. kroner.

Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og realisere sitt sørge for-ansvar slik dette er fastsatt i lover og helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2021 vises det til del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten. Det foreslås bevilget 16 114,1 mill. kroner.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Ordningen skal legge til rette for 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.

Vesentlige endringer, ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i del 1, og generell pris- og lønnsjustering:

- Det foreslås å flytte 8 552,8 mill. kroner til kap. 732, postene 72–75 knyttet til lavere ISF-andel innenfor somatikken.
- Det foreslås å flytte 239 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 knyttet til inkludering av legemidler i ISF. Finansieringsansvaret for flere legemiddelgrupper ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene 1. september 2020 og 1. februar 2021. De fleste av disse legemidlene foreslås inkludert i ISF fra 2023.
- Det foreslås å flytte til sammen 46,6 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 knyttet til at rehabilitering i ISF utvides. Det vises til omtale også under kap. 732, postene 72–75.
- Det foreslås å flytte til sammen 2,1 mill. kroner til kap. 2755, post 70 og kap. 571, post 60 knyttet til rhesusimmunisering i svangerskapskontrollen. Oppgaven er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til fastlegene og jordmødrene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Det foreslås 10,3 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til tidlig ultralyd til alle gravide. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70.
- Det foreslås 2,5 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til hjemmetest i livmorhalsprogrammet. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70.

Nærmere om ISF-ordningen

Innsatsstyrt finansiering (ISF) omfatter somatisk spesialisthelsetjeneste, både innleggelser, poliklinisk utredning og -behandling, samt pasientbehandling utenfor sykehus, herunder pasientadministrert legemiddelbehandling. Ordningen omfatter også poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

ISF er rettet 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. ISF utvikles for at ordnin-

gen skal understøtte sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på. De seneste årene har det vært lagt vekt på at ordningen gjøres mer nøytral med tanke på hvilke personellgrupper som utfører behandling, hvor behandlingen finner sted, og hvordan pasientforløpene organiseres. Finansieringen bør i størst mulig grad være arena-, teknologi- og helsepersonellnøytral for likeverdig tjenesteinnhold. Dette skal bl.a. bidra til mer effektiv utnyttelse av personellressurser i sykehus og at tjenester i større grad flyttes hjem til pasienten ved bruk av teknologi.

Utvikling av ISF 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 a jour til enhver tid.

Innsatsstyrt finansiering bygger på DRG-systemet, jf. boks 4.6. ISF-andelen har siden 2014 vært 50 pst. innenfor somatikken. Fra 2023 foreslås det en ISF-andel på 40 pst. innenfor somatikken. Det innebærer at refusjonene i gjennomsnitt er ment å dekke 40 pst. av driftskostnadene knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. De øvrige kostnadene skal dekkes av basisbevilgningene til 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.

Avtalespesialistenes aktivitet er ikke inkludert i ISF-ordningen. Departementet har bedt Helsedirektoratet videreutvikle måten aktivitetsdata fra avtalespesialistene bearbejdes og tilrettelegges på. Endringene skal legge til rette for bedre styringsinformasjon på området og at data om tjenestene til pasientene kan presenteres og analyseres på samme måte som polikliniske tjenester i sykehusene, herunder gjennom rutinemessig gruppering av data i DRG-systemet. Departementet har

også bedt de regionale helseforetakene vurdere hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes i tjenesten på best mulig måte. Vurderingen må inkludere hvilke endringer som bør gjøres og forslag til målsettinger som bør gjøres gjeldende.

Nærmere om poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

ISF-ordningen ble fra 2017 utvidet til også å omfatte polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). ISF-andelen for dette tjenesteområdet anslås til å være om lag 25 pst. Ved utvidelsen i 2017 ble det i denne delen av ISF-ordningen etablert vekter som for en stor del gjenspeilet de tidligere refusjonstakstene. Basert på kostnadsinformasjon fra sykehusene ble vektene noe endret fra 2022. Endringen innebar en intern omfordeling. Anslag basert på data fra 1. tertial 2022 viser at endringen kan ha medført noe lavere utbetalinger enn forutsatt, noe som vil bli vurdert nærmere i forbindelse med avregningen for 2022. ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB vil også i

2023 holdes atskilt fra den øvrige delen (soma-tikk), ved at det blir forskjellige enhetspriser for de to delene av systemet.

Resultat 2021

Saldert budsjett 2021 ble fastsatt med utgangspunkt i Saldert budsjett 2020, og la til rette for en aktivitetsvekst på om lag 2,2 pst. fra dette nivået. Faktisk aktivitet i 2020 ble lavere enn anslått, og Saldert budsjett 2021 ga derfor rom for en aktivitetsvekst på om lag 8,7 pst. Bevilgningen ble redusert med 1,5 mrd. kroner i 2021, jf. Stortingets behandling av forslag i Prop. 195 S (2020–2021) om å kompensere de regionale helseforetakene for tapte aktivitetsbaserte inntekter første halvår 2021. Det vises videre til Stortingets behandling av Prop. 20 S (2021–2022) der bevilgningen på posten ble økt med 299,2 mill. kroner som følge av oppdatert prognose for 2021 og kvalitetssikring av endelig avregningsgrunnlag for 2020.

Oppdaterte analyser for hele årsaktiviteten i 2021 tilsier at det samlet er utbetalt om lag 102,1 mill. kroner for mye i 2021, sammenliknet

Boks 4.6 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 legemiddelbehandling og ulike former for medisinsk avstandsoppfølging. Fra 2019 er det også etablert tjenesteforløpsgrupper (TFG) i spesialisthelsetjenesten for utvalgte fagområder. Dette innebærer at aktiviteten måles og finansieres i et forløpsperspektiv. Det er i 2022 983 diagnoserelaterte grupper, 49 særtjenestegrupper og syv tjenesteforløpsgrupper. Målsettingen 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 9000 prosedyre- eller tiltakskoder. Systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende

enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt gruppe har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten. Utbetaling til de regionale helseforetakene 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 tilsvarende 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 enhetsprisene.

med det som ble lagt til grunn i Prop. 20 S (2021–2022). Aktiviteten ble 0,3 pst. lavere enn forutsatt. Analysene for 2021 tilsier at reell aktivitetsendring er om lag -3,4 pst., sammenliknet med Saldert budsjett 2020.

Departementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2021 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2022, inkludert eventuelle justeringer som følge av behandling av enkelt saker i avregningsutvalget.

Status 2022

I Prop. 1 S (2021–2022) ble det lagt til rette for et aktivitetsnivå som lå om lag 1,3 pst. over Saldert budsjett 2021 fratrukket de ekstraordinære aktivitetsbevilgningene på 1 140 mill. kroner i forbindelse med koronapandemien. Bevilgningen på posten ble økt i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022) Tillegg 1, og legger med dette til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,6 pst. i 2022.

Aktiviteten i 1. tertial 2022 er lavere enn i et normalår som følge av Covid-19, og dette påvirker prognosen for hele året 2022. Prognosen for hele 2022 er, som i 2020 og 2021, beheftet med større usikkerhet enn vanlig. Prognosen for 2022 er basert på aktivitet per 1. tertial 2022. Bevilgningen på posten ble i revidert nasjonalbudsjett 2022 redusert med 700 mill. kroner for å kompensere for tapte aktivitetsbaserte inntekter i perioden januar-april 2022.

Det anslås et negativt avvik i innsatsstyrt finansiering på om lag 1,5 pst. sammenliknet med Saldert budsjett 2022. Prognosen viser et positivt avvik på om lag 0,2 pst. sammenliknet med bevilgningen etter Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett 2022.

Mål 2023

For 2023 foreslås det bevilget 36 779,3 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2023 som ligger om lag 1,4 pst. over Saldert budsjett 2022. Det vises til begrunnelse for å ta utgangspunkt i Saldert budsjett 2022 under omtalen av hovedtrekk i forslag 2023 for sykehusene. Enhetsprisen for somatiske fagområder beregnes til 49 484 kroner. Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling beregnes til 3 480 kroner, og det er da korrigert for vektendringen i 2022 som er anslått å ha medført noe lavere enhetspris enn forutsatt. I forslagene er det

hensyntatt 52,6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til effektiviseringskrav.

Fra 2020 opphørte praksis med i forkant å underregulere enhetsprisen i ISF for å ta høyde for endret registreringspraksis. Det legges fortsatt til grunn at enhetsprisen kan justeres i forbindelse med årsavregning dersom aktivitetsgrunnlaget avviker fra det som er lagt til grunn ved fastsettelse av ISF-regelverket. Ev. endring i kodepraksis forutsettes ivarettatt gjennom Helsedirektoratets ordinære kontrollarbeid, herunder også arbeidet i avregningsutvalget.

Fra 2019 er 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. Ordningen videreføres i 2023.

Andelen innsatsstyrt finansiering innenfor somatikken foreslås redusert fra 50 pst. til 40 pst. fra 2023. Forslaget innebærer at det flyttes 8 552,8 mill. kroner fra posten til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Det vises til nærmere omtale av forslaget under kap. 732, postene 72–75.

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 2023 foreslås det bevilget 3 624,4 mill. kroner, tilsvarende en vekst på om lag 2,5 pst. fra Saldert budsjett 2022. Det vises til begrunnelse for å ta utgangspunkt i Saldert budsjett 2022 under omtalen av hovedtrekk i forslag 2023 for sykehusene.

Det foreslås videre følgende endringer på posten:

- 6,4 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til tidlig ultralyd til alle gravide. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70.
- 5 mill. kroner knyttet til hjemmetest for livmorkalsprogrammet. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70.
- 1,4 mill. kroner i redusert bevilgning i forbindelse med endringene i egenandeler og egenandelstaket.
- 16 mill. kroner til screening av SARS-CoV-2-positive prøver for å påvise virusvarianter og

ved sekvensering av SARS-CoV-2-positive prøver i første halvår 2023.

For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med 51,6 mill. kroner, utover øvrige budsjetttiltak. Refusjonssatsene for radiologi og laboratorievirksomhet øker i gjennomsnitt med 2,1 pst. i 2023.

Status 2022

I Saldert budsjett 2022 ble det samlet lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 2,7 pst. utover Saldert budsjett 2021. Basert på regnskapstall for perioden januar til mai 2022, er samlede utbetalinger i 2022 anslått til å bli 4 300 mill. kroner eller 862,3 mill. kroner over saldert budsjett. Anslaget er svært usikkert. Det er særlig laboratorieanalyser etter koronaviruset som er årsaken til veksten.

Fra 2022 er inkluderer finansieringssystemet for laboratorieanalyser også fagområdet patologi. Endringen er i løpet av 2022 tatt i bruk i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Utvidelsen har skjedd budsjettneutralt. Det tas sikte på at Helse Sør-Øst vil ta i bruk systemet fra 1. januar 2024.

Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester mv.

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning i spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet skal være et økonomisk bidrag og insentiv for forskning i helseforetakene. Alle helseforetak skal ha forskning integrert i pasientbehandling og i sin virksomhet. Basisdelen (30 pst.) fordeles likt. Den resultatbaserte delen (70 pst.) fordeles etter et gjennomsnitt av forskningsresultater de siste tre år.
- Program for klinisk behandlingsforskning. Programmet 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.
- NorTrials. NorTrials er et gjensidig forpliktende partnerskap mellom spesialisthelsetjenesten og helsenæringen. Satsingen skal tilby én vei inn for kliniske studier for helsenæringen, og omfatter NorTrials-sentre innenfor seks faglige satsingsområder, frikjøpsordninger for studiepersonell og markedsføring av

Norge som utprøverland. Helse Sør-Øst RHF har koordineringsansvaret.

- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester mv. Tilskuddet 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 gjennom oppbygging og spredning av kompetanse innenfor en avgrenset tidsperiode. Som ledd i endringene i styringssystemet for nasjonale kompetansetjenester vil midlene på posten i en overgangsperiode inkludere midler til både nasjonale kompetansetjenester som videreføres innenfor regelverket for nasjonale tjenester, samt til tjenester som avvikles som kompetansetjeneste, men videreføres som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk eller i annen form. Se nærmere omtale av dette under mål 2023.

Resultat 2021

Samlet bevilgning var 1 325,5 mill. kroner i 2021. Tilskudd til forskning utgjorde 821,6 mill. kroner. Utover dette ble det tildelt et engangstilskudd på 100 mill. kroner i revidert nasjonalbudsjett for 2021 til program for klinisk behandlingsforskning. Tilskuddet skulle finansiere nasjonale behovsidentifiserte studier som ga tilgang til klinisk utprøving av nye legemidler og andre behandlingsmetoder til prioriterte områder med et svakt kunnskapsgrunnlag. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 503,9 mill. kroner, herunder 227,9 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og 57,4 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF.

Status 2022

Forskning

Tilskuddet til forskning i helseregionene var i Saldert budsjett 2022 på 838,6 mill. kroner. Dette inkluderer 180,5 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK) og 30,6 mill. kroner til NorTrials.

Årlige målinger av forskningsaktiviteten i helseforetakene ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av tilskuddet. Cristin (Current research information system) brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Indikatorer som inngår i poengberegningen er publiserte artikler, avlagte doktorgrader, uttelling for tildelinger av midler fra EU og Norges forsknings-

råd og indikator for kliniske behandlingsstudier (KBS). Tabell 4.5 viser fordelingen av forskningspoeng i regionale helseforetak. For utdypende

omtale av forskningsaktivitet og resultater for 2021, se kap. 5 Spesialisthelsetjenesten, del III.

Tabell 4.5 Gjennomsnittlig tre-årig beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak

Prosentfordeling	2019–2021	2018–2020	2017–2019
Helse Sør-Øst RHF	61,6	61,4	62,2
Helse Vest RHF	19,5	19,2	18,5
Helse Midt-Norge RHF	11,4	11,9	11,7
Helse Nord RHF	7,5	7,6	7,7

Nasjonale kompetansetjenester

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 508,4 mill. kroner i 2022, herunder 232,7 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og 58,6 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF.

Mål 2023

Det foreslås bevilget 1 385,8 mill. kroner i 2023.

Forskning

Det foreslås et tilskudd på 863,0 mill. kroner til forskning i 2023. Dette inkluderer 184,8 mill. kroner til program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) og 31,4 mill. kroner til NorTrials.

Tilskuddet til KLINBEFORSK fordeles i sin helhet til Helse Sør-Øst RHF som håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene.

Tilskuddet til NorTrials fordeles til Helse Sør-Øst RHF som koordinerer satsningen og håndterer midlene i samråd med og på vegne av de øvrige tre regionale helseforetakene.

Tabell 4.6 Fordeling av resten av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten

	Basis (30 %)	Resultat (70 %)	Sum
Helse Sør-Øst RHF	48,5	278,9	327,4
Helse Vest RHF	48,5	88,3	136,8
Helse Midt-Norge RHF	48,5	51,6	100,1
Helse Nord RHF	48,5	34,0	82,5
Totalt	194,0	452,7	646,7

Nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås 528,8 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester mv. i 2023. Dette inkluderer 238,3 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst RHF og 60 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord RHF.

Midlene angir rammen til finansiering av dagens nasjonale kompetansetjenester og til nye nasjonale kompetansetjenester som godkjennes

av Helsedirektoratet etter søknad fra de regionale helseforetakene. Midlene kan fra 2022 også benyttes til de tjenestene som avvikles som kompetansetjeneste, men videreføres som kvalitet- og kompetansenettverk eller i annen form. Posten inkluderer også finansiering av nasjonalt servicemiljø med regionale enheter som de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere. De regionale helseforetakene avgjør hvordan de fordeler midlene innenfor posten.

Nasjonale kompetansetjenester skal bygge opp og spre kompetanse i alle helseregioner innenfor sitt spesifiserte fagområde til en definert målgruppe i helsetjenesten. En nasjonal kompetansetjeneste kan enten ha funksjonen opplæring med en virketid på inntil 5 år eller funksjonen kompetanseoppbygging med en virketid på inntil 10 år.

Tydeliggjøring av tidsavgrensning for nasjonale kompetansetjenester ble besluttet i 2020 etter at en evaluering av tjenestene avdekket at flere kompetansetjenester ikke driver i henhold til regelverket og at dagens styringssystem ikke er tilstrekkelig dynamisk. Svært få nasjonale tjenester er avviklet eller videreført i andre former de siste tiårene til tross for at mange nasjonale kompetansetjenester har nådd formålet og i henhold til forskriften skal ha en avgrenset tidsramme. Endringene for å sikre et mer dynamisk system som bedre svarer på nye kompetansebehov ble omtalt i statsbudsjettet for både 2021 og 2022.

I 2022 har de regionale helseforetakene styrket sitt felles arbeid på området. De har lagt grunnlaget for et nasjonalt servicemiljø som en nettverksmodell bestående av regionale enheter med nasjonale og regionale oppgaver, utarbeidet rammeverk for nasjonale kvalitet- og kompetansenettverk og etablert felles prinsipper og prosess for å vurdere videre drift for nasjonale kompetansetjenester som avvikles og som videreføres i annen form.

Fem nasjonale kompetansetjenester ble avviklet i 2022. I 2022 har de regionale helseforetakene hatt en samordnet prosess overfor de øvrige nasjonale kompetansetjenestene som ble etablert

for over ti år siden. De to kompetansetjenestene innen sjeldenfeltet i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF, samt Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse følges opp i egne prosesser. De regionale helseforetakenes prosess i 2022 har lagt grunnlaget for at 23 av de nasjonale kompetansetjenestene som har hatt en virketid på over ti år vil avvikles som nasjonal kompetansetjeneste i løpet av 2023. Dette inkluderer tjenester fra alle de fire helseregionene. Flertallet av kompetansetjenestene blir videreført som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk. Bakgrunnen for dette er at alle nasjonale kompetansetjenester har som mål og oppgave å etablere nettverk på tvers av regionene som kan ta arbeidet videre i den ordinære driften. Enkelte nasjonale kompetansetjenester videreføres på annen måte, herunder innlemming i eksisterende nasjonal behandlingstjeneste innenfor fagområdet, som senter, referanselaboratorium eller integrering i ordinær drift.

Det er Helsedirektoratet som beslutter godkjenning, endring og avvikling av nasjonale tjenester basert på hhv. søknad og anbefaling fra de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene beslutter hvordan nasjonale kompetansetjenester som avvikles skal videreføre sine funksjoner. Endringene som nå gjennomføres for å få et mer dynamisk system, åpner opp for å etablere nye nasjonale kompetansetjenester innenfor rammen av denne posten. Det er de regionale helseforetakene som vurderer om det er faglig og forskriftsmessig grunnlag for en nasjonal tjeneste, og søker Helsedirektoratet om godkjenning av nye nasjonale tjenester.

Tabell 4.7 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten

	(mill. kroner)
Helse Sør-Øst RHF	364,3
Helse Vest RHF	38,0
Helse Midt-Norge RHF	42,1
Helse Nord RHF	78,5
Sum	522,8

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 ordningen med nøytral merver-

diavgift må deler av veksten i 2023 bevilges på kap. 732, post 80. Det foreslås at 135 mill. kroner av økningen bevilges på kap. 732, post 80. Det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75. Samlet foreslås det en bevilgning på 8 793,8 mill. kroner i 2023.

Post 81 Protonsenter

Bevilgningen dekker tilskudd til etablering av protonbehandling på Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus og på Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen. Sentrene skal stå ferdig i 2024/2025. Det er fastsatt øvre tilskuddsramme til prosjektene med hhv. 389 mill. 2018-kroner for prosjektet ved Haukeland og 513 mill. 2018-kroner til senteret på Radiumhospitalet. Tilskuddsrammene utgjør 30 pst. av forventede kostnader i prosjektene. Det ble i 2021 utbetalt 176 mill. kroner med en fordeling på hhv. 105 mill. kroner og 71 mill. kroner til prosjektene på Radiumhospitalet og på Haukeland. I 2022 er det utbetalt 181 mill. kroner på posten. Tilskuddet er fordelt med 86 mill. kroner til prosjektet på Radiumhospitalet og 95 mill. kroner til prosjektet på Haukeland.

Det foreslås bevilget til sammen 225,6 mill. kroner på posten i 2023. Tilskuddet fordeles med

148 mill. kroner til prosjektet på Radiumhospitalet og 77,6 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. Fra 2017 har helseforetakene kunnet få lån på inntil 70 pst. av forventet prosjektkostnad inklusiv usikkerhetsmargin (P85), basert på kvalitetssikrede konseptplaner. De regionale helseforetakene kan kun ta opp lån gjennom denne låneordningen.

Lån i 2021

I 2021 ble det bevilget 7 859,5 mill. kroner i investeringslån til de regionale helseforetakene. Alle helseregioner har investeringsprosjekter innenfor låneordningen.

Tabell 4.8 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2021 fordelt på de regionale helseforetakene (mill. kroner)

	Lånesaldo per 31.12.20	Låneopptak 2021	Påløpte byggelåns- renter 2021 jf. kap. 732, post 83	Innbetalte avdrag 2021 jf. kap. 3732, post 85, og 90	Lånesaldo per 31.12.21
Helse Sør-Øst RHF	13 350,7	2 194,3	41,4	594,9	14 991,4
Helse Vest RHF	7 499,5	3 367,2	39,0	168,3	10 737,4
Helse Midt-Norge RHF	3 803,0	1 311,0	21,2	244,1	4 891,1
Helse Nord RHF	3 772,3	987,0	9,0	202,3	4 566,0
Sum	28 425,5	7 859,5	110,7	1 209,6	35 185,9

Ved inngangen til 2022 utgjør samlede låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene om lag 35,2 mrd. kroner. Av dette er 13 mrd. kroner omgjort til langsiktige lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 22,2 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring. Saldert budsjett for 2022 utgjør 7 260,4 mill. kroner. Bevilgningen sikrer fortsatt framdrift av vedtatte investeringsprosjekter.

Budsjettforslag 2023

Det foreslås en bevilgning på om lag 9,97 mrd. kroner i 2023.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at styret i Helse Midt-Norge RHF har fremmet en søknad om investeringslån til modernisering av Ålesund sjukehus i statsbudsjettet for 2023. Det var søkt om en samlet låneramme på 840 mill. 2023-kroner. På bakgrunn av den samlede budsjettsituasjonen må lån til prosjektet forskyves noe i tid. Helse Midt-Norge RHF bes om å videreføre arbeidet med å planlegge prosjektet.

Tabell 4.9 Investeringsslån 2021–2023

Prosjekt	Låneramme	Regnskap 2021	Bevilgning 2022	Forslag 2023
Telemark, Skien – strålebygg/somatikk	928 mill. 2022-kr		66,0	102,0
Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus – byggetrinn 2	722 mill. 2022-kr		173,0	188,0
Ahus – psykisk helsevern	695 mill. 2022-kr		35,0	161,0
E-bygget Stavanger	1 295 mill. 2021-kr	255,0	205,0	460,0
Regional sikkerhetsavdeling OUS	830 mill. 2021-kr	24,0	151,0	141,0
Nye Oslo universitetssykehus	29 073 mill. 2020-kr	102,0	103,0	1 439,0
Helseplattformen	2 140 mill. 2019-kr	733,0	325,0	339,6
Nytt sykehus i Narvik	1 716 mill. 2019-kr	434,0	539,0	597,0
Nytt sykehus i Hammerfest	1 893 mill. 2019-kr	553,0	514,0	551,0
Protonsenter Haukeland	907 mill. 2018-kr	163,0	246,0	194,9
Protonsenter Radiumhospitalet	1 198 mill. 2018-kr	258,0	210,0	331,0
Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet	2 713 mill. 2018-kr	603,0	601,0	621,0
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal	3 554 mill. 2018-kr	578,0	513,0	1 059,0
Utbygging og modernisering av Haugesund sjukehus – byggetrinn 1	1 350 mill. 2018-kr	615,7	0	0
Nytt sykehus i Drammen	8 460 mill. 2017-kr	1 020,0	1 655,0	2 066,0
Nytt sykehus i Stavanger	5 930 mill. 2017-kr	1 708,0	1 241,0	1 107,6
Nytt sykehus i Stavanger – universitetsarealer UiB	53 mill. 2019-kr	27,6	0	0
Nytt sykehus i Stavanger – universitetsarealer UiS	60 mill. 2020-kr	31,0	0	0
Oppgradering og modernisering i Helse Førde	1 125 mill. 2017-kr	165,0	205,0	213,0
Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus	567 mill. 2017-kr	0	97,8	0
Byggetrinn II av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland univer- sitetssjukehus	2 084 mill. 2014-kr	402,0	380,6	399,0
Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold	1 870 mill. 2014-kr	187,3	0	0
Sum		7 859,5	7 260,4	9 970,1

Investeringsslån til de regionale helseforetakene skal i utgangspunktet utbetales i takt med den faktiske aktiviteten i prosjektet. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid fått anledning til å benytte en høyere andel egenkapital ved oppstarten av utbyggingen ved Nye Oslo universitetssykehus.

Post 83 Byggelånsrenter

I perioden fram til ferdigstilling av prosjektene vil renter på investeringsslån påløpe og belastes, men

ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt låneporteføljene til de regionale helseforetakene. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartementets budsjett

(kap. 5605, post 84). I 2021 utgjorde byggelånsrenter på denne posten 120,2 mill. kroner. Anslag for byggelånsrenter i 2023 utgjør 595 mill. kroner.

Post 86 Driftskreditter

Bevilgningen på posten benyttes til å håndtere svingninger i forholdet mellom pensjonskostnader og -premier. Det foreslås en bevilgning på 6 459 mill. kroner i 2023.

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. Det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene innebærer at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Hvis pensjonspremie er høyere enn pensjonskostnaden, blir likviditet tilført gjennom økt tilførsel av driftskreditt. Hvis pensjonspremie er lavere enn pensjonskostnaden, blir overskuddslikviditet trukket inn gjennom krav til nedbetaling av driftskreditt. Dersom det skjer betydelige endringer i pensjonskostnaden, vurderes det i det enkelte tilfelle om det skal gjøres endringer i basisbevilgningene til helseforetakene.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2021

Helseforetakenes likviditetsbehov på 8,3 mrd. kroner ble håndtert dels gjennom å gi helseforetakene anledning til å benytte 2 mrd. kroner fra premiefond til betaling av premie. Ettersom det ikke betales arbeidsgiveravgift av premie dekket gjennom premiefond, ble likviditetsbehovet redusert med 282 mill. kroner. I tillegg ble helseforetakenes ramme for driftskreditt økt med 6 018 mill. kroner i forhold til nivået ved utgangen av 2020. Endelig driftskredittramme for de regionale helseforetakene er på 10 628 mill. kroner ved utgangen av 2021.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2022

Hensyntatt håndteringen gjennom Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021–2022) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2022, er helseforetakenes pensjonskostnader på 14,9 mrd. kroner for 2022 og foreløpige anslag på pensjonspremier på 20,9 mrd. kroner håndtert

budsjettmessig. Likviditetsbehovet på 6 mrd. kroner er håndtert dels gjennom at helseforetakene er gitt anledning til å bruke 3 mrd. kroner fra premiefond til betaling av pensjonspremier i 2022. Det betales ikke arbeidsgiveravgift av premie dekket gjennom premiefond, noe som reduserer likviditetsbehovet med 423 mill. kroner. I tillegg er driftskredittrammen for helseforetakene økt med 2 577 mill. kroner til 13 205 ved utgangen av 2022.

Endelig informasjon om nivået på pensjonspremie for 2022 vil først være kjent høsten 2022 etter at effektene av årets lønnsoppgjør er kjent. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige endringer som følge av dette.

Håndtering av pensjonskostnader og -premier 2023

Budsjettforslaget for 2023 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader for helseforetakene på 16 100 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift og pensjonspremier på 23 700 mill. kroner inkl. arbeidsgiveravgift. Anslag for pensjonspremie for 2023 er utarbeidet på bakgrunn av en lønnsvekstforutsetning på 4,2 pst. I tillegg påvirkes premienivået av øvrige faktorer som G-regulering, beholdning av og avkastning på pensjonsmidler samt bemanningsendringer. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 7 600 mill. kroner, som foreslås håndtert dels gjennom bruk av helseforetakenes premiefond og dels gjennom øking av driftskredittrammen. Det foreslås at helseforetakene gis anledning til å bruke 1 mrd. kroner av premiefond til betaling av pensjonspremier i 2023. Ved bruk av premiefond til å betale pensjonspremier svares det ikke arbeidsgiveravgift og likviditetsbehovet reduseres derfor med 141 mill. kroner. I tillegg foreslås driftskredittrammen til de regionale helseforetakenes økt med 6 459 mill. kroner til 19 664 mill. kroner ved utgangen av 2023. I sum er dermed det økte likviditetsbehovet dekket.

Endelig informasjon om nivået på pensjonskostnad i 2023 vil tidligst være kjent ultimo januar 2023, mens nivået for pensjonspremie først vil være kjent høsten 2023. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle endringer.

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 levealderjustering var blitt innført for offentlige tjenstepensjonsordninger for personer født i 1954 eller senere. Økte pensjonskostnader i årene etter 2014 har for disse virksomhetene blitt sett i sammenheng med den positive resultateffekten dette forholdet medførte i 2014. Per 2022 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.

Stortinget vedtok i mars 2022 Lov om endringer i folketryktdloven, lov om Statens pensjonskasse og enkelte andre lover (endret regulering av alderspensjon under utbetaling). Løpende alderspensjoner skal nå reguleres som et gjen-

nomsnitt mellom lønnsvekst (G) og prisvekst. Tidligere har løpende alderspensjoner vært regulert som G-vekst med et fradrag på 0,75 prosentpoeng. Norsk regnskapsstiftelse har per nå ikke kommet med en uttalelse om hvordan og hvorvidt denne endringen skal hensyntas i virksomhetenes pensjonskostnader. Pensjonskostnaden for 2023 er derfor beregnet med utgangspunkt i eksisterende («gammel») metodikk. Dersom regnskapsstiftelsen kommer frem til en annen metode for å hensynta pensjonsregulering i pensjonsregnskapene, vil dette kunne innebære en planendring med en vesentlig regnskapsmessig kostnad som effekt. Ettersom endelig regnskapsmessig håndtering pt. ikke er avklart, er det dermed også usikkert om dette vil få kostnadsmessig effekt i 2022 eller 2023. Regjeringen vil komme tilbake til håndtering av eventuelle bevilgningsmessige effekter av dette.

Tabell 4.10 Oversikt over endringer i driftskredittramme (mill. kroner)

	Års- slutt 2020	Prop. 1 S (2020– 2021)	Prop. 195 S (2020– 2021)	Prop. 20 S (2021– 2022)	Prop. 1 S (2021– 2022)	Prop. 115 S (2021– 2022)	Prop. 1 S (2022– 2023)
1. Anslått pensjonskostnad		13 100	14 200	14 200	14 200	14 900	16 100
2. Anslått pensjonspremie		14 900	20 000	22 500	18 200	20 900	23 700
3. Benyttet premiefond		0	2 000	2 000	1 000	3 000	1 000
4. Arbeidsgiveravgifteffekt		0	282	282	141	423	141
5. Sum endring i driftskredittramme		1 800	1 718	2 500	2 859	-282	6 459
6. Endring driftskredit gjennom året (2–1–3–4)		1 800	3 518	6 018	2 859	2 577	6 459
7. Samlet driftskredittramme	4 610	6 410	8 128	10 628	13 487	13 205	19 664

Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
80	Renter på investeringslån	224 046	229 000	326 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	577 427	742 000	725 000
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	632 265	632 300	591 100
	Sum kap. 3732	1 433 738	1 603 300	1 642 100

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningen dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2021

innbetalte de regionale helseforetakene samlet 224,1 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene. Anslag for renter på investeringslån i 2023 er på 326 mill. kroner.

Tabell 4.11 Oversikt over innbetalte renter i 2021 fordelt på regionale helseforetak (mill. kroner)

Helse Sør-Øst RHF	113,94
Helse Vest RHF	20,42
Helse Midt-Norge RHF	37,27
Helse Nord RHF	52,42
Sum	224,05

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 2021 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 1 209,7 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak.

2008. I 2021 utgjorde avdrag på denne posten 577,4 mill. kroner. Anslag for avdrag i 2023 er på 725 mill. kroner.

Post 85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter

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 632,3 mill. kroner i 2021. Anslag for avdrag i 2023 er på 591,1 mill. kroner.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	14 231	12 911	3 635
70	Behandlingsreiser til utlandet	18 308	107 596	110 650
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	1 300	3 419	3 516
	Sum kap. 733	33 839	123 926	117 801

Gjennomgående budsjetttiltak er omtalt i del I. Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å yte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til personer med medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne.

Regjeringen vil vurdere tiltak for å forbedre tilbudet innen rehabilitering og habilitering.

God rehabilitering kjennetegnes av samhandling på tvers av faggrenser og administrative grenser. Regjeringen vil i nasjonal helse- og samhandlingsplan gjennomgå rehabiliterings- og habiliteringstjenestene og vurdere om tilbudet kan styrkes gjennom en tydeligere organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer. Regjeringen vil også styrke kommunalt arbeids-

rettet rehabiliterings- og habiliteringstilbud og hverdagsrehabilitering i kommunene. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, ambulante tjenester og økt bruk av teknologi i tjenestene på begge nivåer blir viktige virkemidler for å utvikle gode tjenester. Helsefelleskapene blir vesentlige for samhandling, kompetanseutvikling og avklaring av ansvar mellom nivåene innen habilitering og rehabilitering.

Rehabilitering knyttet til arbeid og helse, rehabilitering og psykisk helse og muskel- og skjelettplager er viktige områder for regjeringens arbeid. Evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering viser at det fortsatt er behov for å styrke kompetanse og kapasitet i rehabiliteringstjenestene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for bedre datagrunnlag til bruk i målrettet utviklingsarbeid i tjenestene.

Riksrevisjonen viste i sin revisjon av Bistand til barn og unge med funksjonsnedsettelse og familiene deres i 2021 til geografisk variasjon i tilbudet om habiliteringstjenester. Det er varierende kapasitet og kompetanse i barnehabiliteringen, og tilbudet til brukerne blir mindre når brukere med behov for habilitering går over fra barne- til voksenhabiliteringstjenestene.

De regionale helseforetakene skal vurdere om det er behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene.

Pandemien fikk negative konsekvenser for personer med behov for habilitering og for rehabilitering. Det ble økt ventetid på diagnostiske utredninger, behandling, rehabiliteringsopphold og annen oppfølging. Mange opplevde også reduksjon i andre nødvendige tjenester for å kunne gjenvinne og opprettholde funksjon. For noen medførte dette sosial isolasjon og ensomhet.

Helsedirektoratet har utarbeidet faglige råd for rehabilitering etter covid-19 og en nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19. Planen inneholder viktige tiltak for å sikre at pasienter med langvarige behov for rehabilitering etter covid-19 skal få dette. Det er utarbeidet råd om riktig koding ved senfølger og rehabilitering etter covid-19. Korrekt koding skal gi pålitelige data for styring, prioritering, forskning og kvalitetsutvikling av tjenestene.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås redusert med 9,3 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

Midlene skal gå til arbeid med habilitering og rehabilitering.

Det foreslås å flytte 0,4 mill. kroner til kap. 700, post 01, knyttet til økt aktivitetsomfang i departementet for ivaretagelse av beredskapsoppgaver

Formålet med bevilgningen er å bidra til en fortsatt styrking i tråd med de nasjonale målene om at alle med behov for habilitering og rehabilitering skal tilbys dette, og at tjenestene skal tilbys nærmest mulig pasientens vante miljø. Veileder om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator skal legges til grunn i utviklingsarbeidet. Evalueringen av opptrappingsplanen er i tillegg et viktig kunnskapsgrunnlag for prioritering av tiltak.

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten utvikler sin kapasitet og kompetanse i tett dialog med kommunene slik at de i fellesskap kan bidra til et helhetlig tilbud til pasientene.

Behovet for rehabilitering bør avklares så tidlig som mulig og bør være integrert med medisinsk behandling i sykehusavdeling. Dette er sentralt for mange pasientgrupper.

Grunnlaget for utviklingsarbeid for å styrke både habilitering og rehabilitering er bedre kunnskap om innhold og kvalitet i tjenestene og bedre systematikk i utredning av behov for habilitering og rehabilitering. Denne kunnskapen er viktig for å kunne sette mål for utviklingsarbeid og sikre gode prioriteringer.

Helsedirektoratet arbeider med en løsning for standardiserte, felles funksjonsmålinger for rehabiliteringstjenester som tilbys ved sykehusene. Formålet er å få viktig informasjon om pasientene som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Funksjonsstatus skal meldes til Norsk pasientregister og skal også kunne knytte funksjonsnivå til finansieringsmodellen for sykehusbasert rehabilitering, slik at pasientene med de største behovene tilføres mest ressurser.

Arbeidet med koder og monitoreringsløsning i nasjonalt pasientforløp må ses i sammenheng med et eventuelt arbeid for å utvikle og implementere nye koder/verdier for registrering av habilitering og rehabilitering i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette vil kunne gi en god oversikt over innhold i og omfang av tjenester som gis, og stimulere til utvikling av fagfeltet.

Helsedirektoratet og fagmiljøene arbeider med å utvikle et rehabiliteringsregister som skal danne grunnlag for kvalitetsforbedringstiltak lokalt for det enkelte helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjon og for nasjonale tiltak. Registeret er en viktig kilde som kan belyse betydning

gen rehabiliteringstjenester har for helserelatert livskvalitet. Flere sykehus er med i et pilotprosjekt som nå omfatter over 1000 pasienter. Det er et mål å utvide prosjektet, slik at erfaringer fra alle helseregioner inngår i registeret før det tas en beslutning om nasjonal implementering. På sikt vil det være mulig å utvide registeret til også å omfatte primærhelsetjenesten.

Det vil også være nødvendig å styrke det faglige innholdet i tjenestene slik at pasientene blir møtt med nødvendig kompetanse både knyttet til sine somatiske, psykiske, kognitive, sansemessige og sosiale funksjonsutfordringer og helsetilstand. Det er viktig med god samhandling og gode pasientforløp mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste og å bygge ned «tersklene» mellom somatikk og psykisk helse. Innen habilitering er det særlig viktig å sikre riktig medisinsk faglig kompetanse for tidlig diagnostisering og utredning samt veiledning til kommunene.

Den nasjonale hjernehelsestrategien har habilitering og rehabilitering som et prioritert område. Strategiperioden er 2018–24 og departementet vil i 2023 vurdere hvordan strategien skal videreføres. Helsedirektoratet samarbeider med brukere og fagfolk i et partnerskap om plan for videre oppfølging. I 2023 skal partnerskapet fortsette innsatsen med bedre hjernehelse og bidra til tilgjengelige tjenester av god kvalitet til pasienter og brukere.

Direktoratet vil løfte frem hjernen og hjernehelse som begrep og fagområde, og prioritere satsing på helsefremmende tiltak.

Pakkeforløp hjerneslag skal i 2023 følge opp iverksetting og videre utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i pakkeforløpet, inkludert koder og monitoreringsløsning med jevnlig oppdatering slik at sykehus og kommuner kan følge med på sine behandlingsresultater.

ParkinsonNet er en stor og viktig satsing som kan gi et godt og strukturert tilbud til pasienter med Parkinsons sykdom i hele landet. Modellen som gir rehabilitering og oppfølging i samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal være landsdekkende innen 2024. ParkinsonNet skal være en modell som andre fagområder også kan dra nytte av. Erfaringene benyttes nå i utviklingen av et NevroNett for å oppnå bedre samhandling i oppfølgingen av nevrologiske pasienter. Hvis erfaringene er gode kan det være aktuelt for andre pasientgrupper med kronisk sykdom.

Helsedirektoratet har utredet rehabiliteringstjenester til pasienter med øyesykdommer. Departementet vil følge opp anbefalinger som kan styrke kartleggingen av synsfunksjon og rehabili-

teringsbehov, samt vurdere kompetanse- og tjenestetilbudet nasjonalt.

Departementet skal også følge opp tiltak innen tilbudet til hørselshemmede.

Det arbeides målrettet og systematisk med å intensivere bruken av teknologi i tjenestene og utnytte potensialet som ligger i dette, også i samhandlingen mellom nivåene. Det bygges videre på erfaringer fra prosjektet i Indre Østfold og velferdsteknologiprogrammet.

Formålet med bevilgningen er å bidra til en fortsatt styrking i tråd med de nasjonale målene om at alle med behov for habilitering og rehabilitering skal tilbys dette, og at tjenestene skal tilbys nærmest mulig pasientens vante miljø. Veileder om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator skal legges til grunn i utviklingsarbeidet. Evalueringen av opptrappingsplanen er i tillegg et viktig kunnskapsgrunnlag for prioritering av tiltak.

Grunnlaget for utviklingsarbeid for å styrke både habilitering og rehabilitering er bedre kunnskap om innhold og kvalitet i tjenestene og bedre systematikk i utredning av behov for habilitering og rehabilitering. Denne kunnskapen er viktig for å kunne sette mål for utviklingsarbeid og sikre gode prioriteringer.

Helsedirektoratet arbeider med en løsning for standardiserte, felles funksjonsmålinger for rehabiliteringstjenester som tilbys ved sykehusene. Formålet er å få viktig informasjon om pasientene som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Funksjonsstatus skal meldes til Norsk pasientregister og skal også kunne knytte funksjonsnivå til finansieringsmodellen for sykehusbasert rehabilitering, slik at pasientene med de største behovene tilføres mest ressurser.

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 utgiftstaket for egenandeler. Pga. koronapandemien har det ikke vært mulig å sende pasienter til utlandet i 2021.

Post 79 Andre tilskudd

Rehabiliteringstilbud til ryggmargsskadde

Gjennom flere år har Camp Spinal vært et unikt tilbud til personer med ryggmargsskade. Sunnaasstiftelsen organiserer denne senfaserehabiliteringen som foregår utenfor institusjon. Motivasjons-

og treningsleirene legger vekt på mestring, trening og fysisk aktivitet som virkemidler for økt selvstendighet, integritet og et innholdsrikt liv. Det foreslås å videreføre tilskuddet til Sunnaasstiftelsen til dette formålet i 2023. Helsedirektoratet forvalter tilskuddet.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	81 801	82 763	84 051
21	Spesielle driftsutgifter	54 782	56 587	15 124
70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	4 420	3 042	3 128
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	148 974	160 272	308 821
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	13 224	13 448	13 830
	Sum kap. 734	303 201	316 112	424 954

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

- 144 mill. kroner i økt bevilgning under kap. 734, post 71 for å styrke ordningen med tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede.

Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). 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 RHF. Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser ligger under kap. 765 Psykisk helse og rusarbeid, kap. 732 Regionale helseforetak og del III, kap. 5 Spesialisthelsetjenesten.

Anmodningsvedtak

Døgnbehandling både på ukedager og i helgene – psykisk syke barn og unge under 13 år

Vedtak nr. 641, 2. juni 2022

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle psykisk syke barn og unge under 13 år som har behov for det, får tilgang på døgnbehandling både på ukedager og i helgene.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8: 166 S, jf. Innst. 426 S (2021–2022). Flere barn og unge henvises til BUP og mange henvises med mer alvorlige lidelser enn tidligere. Noen vil i perioder har behov for døgnbehandling. Det er innhentet status fra de regionale helseforetakene, som viser at alle helseforetak har tilgang til døgnbehandling for barn og unge med psykiske lidelser under 13 år hele uken og hele året, og at det gjennomføres tiltak for å øke kapasiteten.

De regionale helseforetakene er bedt om å prioritere tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser. I oppdragsdokumentet for 2022 er det innført mål om å styrke tilbudet for bl.a. barn og unge, samt stilt krav om at aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021 både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet. I revidert oppdragsdokument fra juni 2022 er RHF bedt om å prioritere tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser gjennom å videreutvikle og styrke tilbudet for barn, unge og unge voksne. Det vises også til at regjeringen har styrket budsjettet for 2022 til kommunene og spesialisthelsetjenesten, bl.a. for å legge til rette for at barn og unge skal få den hjelpen de trenger. I 2023 skal 150 millioner kroner av den økte grunnfinansieringen til sykehusene gå til døgnbehandling innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne.

Gjennom den kommende opptrappingsplanen for psykisk helse skal man styrke kapasitet og kva-

litet i hele tjenesten, øke fokuset på forebygging, gjøre hjelpen mer tilgjengelig og bedre tilbudet til dem med sammensatte behov. Som innspill til planen er de regionale helseforetakene bedt om å gjøre en fornyet helhetlig analyse og framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, og på bakgrunn av dette foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen disse to fagområdene. De skal også vurderer hvordan BUP, i samarbeid med kommunene, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på en egnet måte med forslag til ny opptrappingsplan.

Anmodningsvedtaket anses som kvittert ut.

Rusfaglig kompetanse i BUP

Vedtak nr. 1120, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen sikre at barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) får rusfaglig kompetanse.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:119 S (2020–2021), jf. Innst. 578 S (2020–2021).

Vedtaket anses som oppfylt gjennom oppdrag til Helsedirektoratet i 2022 om å utrede hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys og beskrive konkrete forslag til styrking av tjenesten. I tillegg vises det til at det enkelte helseforetak har ansvar for tilstrekkelig kunnskap om rusproblematikk hos spesialister i BUP og kompetanse i intervensjoner og behandling. Regjeringen har en målsetning om å utvikle det faglige samarbeidet mellom BUP og TSB, og derved også behandlingstilbudet til unge med skadelig bruk av rusmidler og rusbrukslidelser. I tillegg vil regjeringen legge til rette for å utvikle oppfølgings- og behandlingstilbudet til barn og unge med rusproblemer gjennom den varslede forebyggings- og behandlingsreformen, se omtale under kap. 765. Det vises også til Opptrappingsplan psykiske helse, se nærmere omtale under kap. 765.

Bruk av Nalokson

Vedtak nr. 1123, 3. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen vurdere å utvide bruken av Nalokson nesespray til en nasjonal ordning for å behandle overdoser.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:119 S (2020–2021), jf. Innst. 578 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom at Helsedirektoratet i 2022 fikk i oppdrag å vurdere behovet for utvidelse og innretting av ordningen med nalokson nesespray, herunder administrative og økonomiske konsekvenser. Eventuelle videre utvidelser av ordningen med nalokson nesespray vil finansieres gjennom den løpende bevilgningen til arbeidet mot overdoser. Det vises i denne sammenheng også til regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, herunder videre oppfølging av overdosearbeidet.

Evalueringsvedtaket

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 er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre en følgeevaluering av implementeringen av den nye retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Den reviderte retningslinjen ble publisert våren 2022. Følgeevalueringen vil gi informasjon om hvordan denne bidrar til å sikre innhold, kvalitet og forbedringer i LAR-ordningen.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås redusert med 0,7 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01. Midlene skal gå til arbeid med kontrollkommisjonene i psykisk helsevern.

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 tvungen 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 10–15 årene har antall slike klagesaker som har blitt brakt til domstolene, mer enn fordoblet seg, og de ligger nå på over 350 per år. Helsedirektoratet forbereder alle disse sakene for staten og fikk fra 2021 økt sitt prosessansvar fra å gjelde om lag 50 til å utgjøre 250 saker årlig.

Helsedirektoratet har et faglig og praktisk oppfølgingsansvar overfor kommisjonene. Som ledd i dette har direktoratet utarbeidet veiledning for saksbehandling, oppnevning mv. Den økonomiske forvaltningen er delegert til statsforvalterne gjennom embetsoppdrag og fullmaktsbrev.

Som ledd i oppfølgingen av kontrollkommisjonene avholder Helsedirektoratet en årlig konferanse for alle medlemmene og landets statsforvaltere. Årlig gjennomføres et eget lederforum for ledere og varaledere. Helsedirektoratet har, for å sikre god og lik praksis på landsbasis, etablert en ressursgruppe for kontrollkommisjonene. Ressursgruppen består av kommisjonsledere fra hver helseregion og bistår Helsedirektoratet med normering av rutiner og praksis og gir faglig veiledning og støtte til kommisjoner innen sin region. Helsedirektoratet oppnevnte i 2021 et eget personvernombud som skal bistå kommisjonene med råd om personverntiltak.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås redusert med 8,5 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

Det foreslås å flytte:

- 34 mill. kroner til kap. 732, postene 72–75, for behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep
- 0,5 mill. kroner til kap. 700, post 01, knyttet til økt aktivitetsomfang i departementet for ivaretagelse av beredskapsoppgaver

Posten dekker bl.a. utgifter til følgeevaluering av prøveprosjektet med heroinassistert behandling og ivaretagelse av særskilte utviklingsbehov innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern.

Heroinassistert behandling

Et femårig prøveprosjekt med heroinassistert behandling ble igangsatt i 2020. Det er etablert tilbud i Oslo og i Bergen for opptil 300 opiatavhengige gjennom egne klinikker med god helse- og sosialfaglig bemanning. Som en del av prosjektet gjennomføres en følgeevaluering for å innhente

mer kunnskap. Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) fikk i 2020 i oppgave å lede evalueringen som følger det kliniske prosjektet så lenge prøveprosjektet varer. Det foreslås et tilskudd på 5 mill. kroner til følgeevalueringen i 2023.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern

For å utvikle tjenestene til det beste for pasienter og pårørende skal brukermedvirkning og innhold og kvalitet i behandlingen prioriteres. Helsedirektoratet har startet arbeidet med å utvikle nasjonale anbefalinger for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten innenfor områdene psykisk helse og rus, som skal kunne videreutvikles til også å omfatte brukermedvirkning for somatiske områder på sikt. De nasjonale anbefalingene er planlagt publisert i 2022 og implementering vil pågå i 2023.

Helsedirektoratet slutførte i 2022 arbeidet med revisjon av Nasjonal faglig retningslinje for behandling av personer med opioidavhengighet. Det skal gjennomføres en følgeevaluering av implementering av retningslinjen. Helsedirektoratet vil publisere nasjonale faglige råd for bruk av psykofarmaka hos barn og unge og vurdere behov for kvalitetsindikatorer for å måle trygg og god legemiddelbehandling.

Direktoratet gjennomgår og oppdaterer eldre normerende produkt på psykisk helse- og rusfeltet. Dette innbefatter retningslinjer, faglige råd, rundskriv og nasjonale pasientforløp.

Bruk av tvang i psykisk helsevern

Med virkning fra 1. september 2017 ble psykisk helsevernloven revidert med formål om å øke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Det ble bl.a. innført et vilkår om manglende samtykkekompetanse for etablering av tvungent psykisk helsevern. I praksis betyr lovendringen at samtykkekompetente pasienter, som ikke utgjør fare for eget liv eller andres liv eller helse, kan avslå et tilbud om behandling i psykisk helsevern. I Hurdalsplattformen fremgår det at innføringen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang skal evalueres.

Innføringen av det nevnte vilkåret, antas å ha bidratt til økt oppmerksomhet om at frivillig behandling ikke er et alternativ for pasienter som mangler samtykkekompetanse. Dette kan være noe av årsaken til økningen i tvangsinleggelseser.

Antall tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern for voksne økte med over 1000 i perioden 2017–2020. I 2021 flatet det ut med totalt 8654 tvangsinnleggelseser, mot 8682 i 2020. Antall pasienter som skrives ut fra døgnavdeling i tvungent psykisk helsevern til tvungent psykisk helsevern uten døgn har også økt de senere årene. Disse pasientene hadde større sannsynlighet for ny tvangsinnleggelse i løpet av de første tre måneder sammenlignet med pasientene hvor tvungent psykisk helsevern opphørte ved utskrivning.

Det har også vært en økning i bruk av tvangsmidler som isolasjon, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding av pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Det har vært en nedgang i totalt antall innleggelseser, fra 45 270 i 2017 til 43 887 i 2020.

Nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne ble publisert i desember 2021 med ikrafttredelse 1. mars 2022. Rådene er utviklet med begrunnelse i forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap fra fagfeltet og pasientenes kunnskap om og erfaringer med å ha vært underlagt tvungent psykisk helsevern. Formålet er å gi tjenestene et hjelpemiddel som kan bidra til mer enhetlig forståelse av hvordan bruk av tvang kan forebygges, og at bruk av tvang skjer på en omsorgsfull måte når det er nødvendig for å få gitt helsehjelp.

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 straffeloven §§ 238 og 239), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet å etablere en ny særreaksjon for utilregnelige psykisk utviklingshemmede lovbrøyttere. Særreaksjonen skal som utgangspunkt utholdes i en fagenhet for tvungen omsorg. Fra januar 2002 til april 2022 er til sammen 32 perso-

ner dømt til tvungen omsorg. Dom er opphørt for 14 personer i perioden. Per april 2022 var 6 personer innlagt i fagenhetens sengepost for gjennomføring av hhv. dom til tvungen omsorg etter straffelovens § 63 og etter straffeprosessloven § 188, varetektssurrogati. På samme tidspunkt var det meldt om 4 nye domfelte og 1 ennå ikke rettskraftig dom. I tillegg var det berammet én ny hovedforhandling. 26 personer befinner seg i eksterne tiltak under fagenhetens ansvar, for gjennomføring av dom til tvungen omsorg. Antallet nye domte kan i løpet av 2022 komme opp i rundt 15. Anslaget er usikkert.

Ansvar for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge RHF. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes delvis over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. I 2020 ble finansieringen av ordningen lagt om og de regionale helseforetakene dekker 20 pst. av utgiftene til ordningen, jf. omtale under kap. 732, post 72–75.

Bevilgningen foreslås økt med 144 mill. kroner i 2023 som følge av økte utgifter. Siden 2020 har antall domte økt. Dette har medført en betydelig utgiftsøkning, og døgnkapasiteten ved sengeposten hos Sentral fagenhet for tvungen omsorg (SFTO) ved St. Olavs hospital er overskredet. Som følge av den sterke økningen i nye dommer til tvungen omsorg, har Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Finansdepartementet, sett nærmere på årsakene til økningen og vurdert tiltak for å oppnå større forutsigbarhet og kontroll med utgiftene til ordningen. Økningen i antall dommer henger sammen med endringer i straffeloven som trådte i kraft i 2020. Etter lovendringene er dom til tvungen omsorg ikke lenger forbeholdt psykisk utviklingshemmede. Økningen i nye domte til ordningen er således påvirket av at målgruppen for særreaksjonen er utvidet sammenliknet med da ordningen ble etablert i 2002. I tillegg er terskelen for å idømme en særreaksjon ved mindre alvorlige lovbrudd mot liv, helse eller frihet noe senket. Departementet vil følge med på utviklingen i nye dommer i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet. I tillegg er de regionale helseforetakene gitt i oppgave å utvikle en felles standard for kommunenes avtaler om bosetting av personer dømt til tvungen omsorg og bistå Helse- og omsorgsdepartementet i den varslede gjennomgangen av økningen i antall dommer.

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 fire regionale kompetansesentrene (Oslo, Bergen, Tromsø og Trondheim) og de regionale sikkerhetsavdelingene 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 regionale helseforetakene. De regio-

nale 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 senteret foreslås videreført i 2023.

Kap. 737 Historiske pensjonskostnader

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
70	Tilskudd, <i>overslagsbevilgning</i>	37 922	83 112	91 650
	Sum kap. 737	37 922	83 112	91 650

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. Ordningen gjelder privat virksomhet med offentlig tjenstepensjonsordning som har levert lovpålagte spesialist-

helsetjenester og barneverntjenester som staten nå er ansvarlig for. For nærmere omtale av ordningen vises det til Prop. 1 S (2018–2019) og (2019–2020) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen, også for den delen som gjelder statlige barnevernstjenester. Det ble utbetalt totalt 37,9 mill. kroner i tilskudd i 2021.

For 2023 foreslås det en bevilgning på 91,7 mill. kroner.

Programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
740	Helsedirektoratet	2 028 114	1 431 636	1 340 981	-6,3
741	Norsk pasientskadeerstatning	324 281	299 036	313 889	5,0
742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	185 178	180 920	193 317	6,9
744	Direktoratet for e-helse	324 632	319 448	391 621	22,6
745	Folkehelseinstituttet	1 810 231	1 455 345	1 417 453	-2,6
746	Statens legemiddelverk	407 849	388 063	408 003	5,1
747	Direktoratet for strålevern og atom-sikkerhet	132 028	143 354	171 249	19,5
748	Statens helsetilsyn	165 234	168 619	173 893	3,1
749	Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten	39 900	41 381	42 231	2,1
Sum kategori 10.40		5 417 447	4 427 802	4 452 637	0,6

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	4 960 065	4 177 309	4 356 803	4,3
30–49	Nybygg, anlegg mv.	26 834	18 312	18 678	2,0
50–89	Overføringer til andre	430 548	232 181	77 156	-66,8
Sum kategori 10.40		5 417 447	4 427 802	4 452 637	0,6

Kap. 740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	1 497 875	1 233 356	1 305 832
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	157 609	38 014	35 149
60	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	364 337	89 415	
70	Helsetjenester i annet EØS-land	11 864	70 851	
71	Oppgjørsordning h-reseptlegemidler	9 098		
72	Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg	-12 669		
	Sum kap. 740	2 028 114	1 431 636	1 340 981

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- Det foreslås et rammekutt på 30 mill. kroner i Helsedirektoratets driftsbevilgning. Bevilgningen omfatter også Helfo. Den konkrete innretningen på rammekuttet vil bli avklart i styringsdialogen med Helsedirektoratet ved utarbeidelse av tildelingsbrevet for 2023.
- Det foreslås å redusere bevilgningen med 5 mill. kroner som en følge av at ordningen med fritt behandlingsvalg foreslås avvirket fra 1. januar 2023. Helsedirektoratet og Helfo har hatt kostnader knyttet til forvaltning av ordningen som nå bortfaller. Helfo vil fremdeles ha enkelte kostnader knyttet til forvaltning av ordningen i 2023.
- Det foreslås å flytte 57,3 mill. kroner fra 10 ulike 21-poster til Helsedirektoratets driftsbevilgning post 01. 21-poster finansierer spesielle statlige driftsutgifter. En gjennomgang i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har vist at Helsedirektoratet i dag har ansvar for en rekke faste oppgaver som departementet har tildelt direktoratet, og som er finansiert over 21-poster. For å bidra til en mest mulig konsistent budsjettering og helhetlig styring av underliggende etater foreslås det en endring i budsjetteringen der midler som går til faste oppgaver flyttes til Helsedirektoratets driftsbudsjett. Dette er i tråd med Finansdepartementets rundskriv R-101. Endringen i budsjetteringen påvirker ikke antall ansatte i Helsedirektoratet, og påvirker heller ikke den samlede tildeling av ressurser til etaten.

- Det foreslås å øke bevilgningen med 13 mill. kroner mot en tilsvarende reduksjon på kap. 732, postene 72–75 og kap. 571, post 60 for å dekke Helsedirektoratets betaling til Norsk helsenett for forvaltning og drift av flere tjenester på helsenorge.no, som Helsedirektoratet har forvaltningsansvaret for. Beløpet på 13 mill. kroner ble ved en feil lagt inn i rammene til kommuner og RHF for 2022. Feilen ble rettet opp ifb. RNB-2022, og må videreføres i 2023 som en varig ordning.

Samfunnsoppdrag og roller

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 samfunnssikkerhet og beredskap. Hovedaktivitetene er å:

- gi råd om kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse, tobakk, alkohol og andre rusmidler
- 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 finansieringsordningene 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

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: Helsedirektoratet har en rekke forvaltningsoppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor folkehelse og helse- og omsorgssektoren.
- Iverksetter av vedtatt politikk: Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk på helse- og omsorgsområdet i tråd med føringene som departementet gir. Direktoratet har ansvaret for å oppnå fastlagte mål og prioriteringer i tråd med styringssignal.

I tillegg har Helsedirektoratet et særskilt ansvar for nasjonal helseberedskap. Helsedirektoratets ansvar knyttet til nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven av 2011 og i spesialisthelsetjenesteloven av 1999. Direktoratets ansvar innen folkehelsearbeid er fastsatt i folkehelselov-givningen.

Overordnede prioriteringer i 2022

I tildelingsbrevet for 2022 ble pandemihåndtering, beredskap og lovpålagte oppgaver høyest prioritert. Departementet pekte i tillegg på fire overordnede prioriteringer innenfor direktoratets iverksetterrolle: samhandling, herunder understøttelse av helsefelleskapene, allmennlegetjenesten inkludert legevakt, psykisk helse og ruslidelser og sosial ulikhet i helse. Autorisasjon og godkjenning av helsepersonell og helseregistre ble fremhevet som to områder innenfor forvaltningsrollen som direktoratet skulle prioritere å forbedre og utvikle.

Folkehelse

Helsedirektoratets folkehelsearbeid er rettet inn mot de nasjonale målene for folkehelsepolitikken, WHO's mål om å redusere for tidlig død av ikke-

smittsomme sykdommer (NCD) samt FNs bærekraftsmål om god helse.

Helsedirektoratet er sammen med Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementets viktigste premissleverandør i arbeidet med utvikling og oppfølging av strategier og meldinger på folkehelseområdet. I 2023 vil bl.a. ny folkehelsemelding legges frem og følges opp.

I 2020 startet arbeidet med implementering av veileder i systematisk folkehelsearbeid i fylker og kommuner. Helsedirektoratet har lagt vekt på å støtte kommunene i deres arbeid med tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse og utvikle indikatorer som gir informasjon om status og sammenlikningsgrunnlag.

Den første nasjonale undersøkelsen av livskvalitet ble i 2020 gjennomført av Statistisk sentralbyrå, etter et oppdrag fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Ny data ble samlet inn i 2022 og første publisering av statistikk blir i fjerde kvartal 2022.

I mars 2021 ble ny avtale for Partnerskap mot mobbing (2021–2025) undertegnet av 15 partnere. Partnernes forpliktelser skal styrkes og tydeliggjøres. Det vil også være viktig å sørge for en tydeligere stemme fra barn.

Helsedirektoratet følger opp Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2023), og oppfølging skal ses i sammenheng med Klimaplan 2030 som løfter fram tiltak om systematisk tverrspektorielt kostholdsarbeid i kommunene. Helsedirektoratet skal bistå i arbeidet med å følge opp Hurdalsplattformens intensjon om gradvis innføring av et daglig sunt, enkelt skolemåltid.

Helsedirektoratet følger opp arbeidet for aktiv og sunn aldring og et aldersvennlig samfunn med kunnskaps- og metodeutvikling i samarbeid med Senteret for et aldersvennlig Norge i Ålesund, jf. omtale under kap. 714, post 21.

Helsedirektoratet følger opp Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – Sammen om aktive liv. Det legges vekt på å sikre fysisk aktivitet som et nasjonalt hensyn i samfunns- og arealplanleggingen, samt utarbeide grunnlag og indikator for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljø. I arbeidet for daglig fysisk aktivitet i skolen, bistår direktoratet med oppdaterte kostnads- og nyttevurderinger, øvrig kunnskap og erfaringer, samt i veiledning om uteområder i skoler og barnehager som inspirerer til lek, variert fysisk utfoldelse og læring. Helsedirektoratet vil bidra i nordisk samarbeid om å fremme fysisk aktivitet, bl.a. som oppfølging av nordisk konferanse høst 2022.

Helsedirektoratet vil slutføre pilotprosjektet for røykeslutt i Vestre Viken, jf. omtale under kap. 714,

post 21. Helsedirektoratet vil følge opp den nye tobakksstrategien som skal legges frem våren 2023.

Helsedirektoratet viderefører sitt rusmiddelforebyggende arbeid, og følger opp sentrale prioriteringer i Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025).

Helsedirektoratet arbeider med kommunikasjon for å hjelpe befolkningen til å ta gode selvstendige valg på levevaneområdet. Psykisk helse og levevaner ses i sammenheng i kommunikasjonssatsingen.

Helse- og omsorgstjenester

Helsedirektoratets faglige råd til tjenestene gis i form av nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonale faglige råd og nasjonale pasientforløp. Det gis ikke råd og anbefalinger på alle områder og problemstillinger i tjenestene, men på utvalgte områder der det er særlige behov for normering. Det gjøres for å hindre uønsket variasjon, sikre god kvalitet og riktige prioriteringer, og understøtte helhetlige pasientforløp. Hvert år gjennomfører Helsedirektoratet en rekke prosjekter knyttet til utvikling av nye normerende produkter eller revisjon av eldre publikasjoner. Utviklingen skjer i tett dialog med tjenesteutøvere og pasienter/pårørende. I 2022 har direktoratet prioritert revisjon av sine eldste produkter samt en gjennomgang av alle produkter innen psykisk helse- og rusfeltet framfor å utvikle nye.

I tillegg til sine faste oppgaver svarer Helsedirektoratet hvert år ut en rekke oppdrag fra departementet knyttet til bl.a. utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratets arbeid er nærmere omtalt under respektive fagkapitler.

Direktoratet gir faglige innspill til departementets arbeid med stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner, og har en sentral rolle i iverksettning av vedtatt politikk. I 2022 bidrar direktoratet bl.a. med innspill til ny folkehelsemelding, Nasjonal helse- og samhandlingsplan, Opptappingsplan psykisk helse, Bo trygt hjemme-reform og Forebygging- og behandlingsreform på rusfeltet.

Helsedirektoratet følger opp Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som skal sikre en fortsatt samordnet og målrettet innsats for å redusere pasientskader, samt understøtte etterlevelse av krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Beredskap

Helsedirektoratet forvalter viktige samfunnsfunksjoner og skal ivareta oppgaver innenfor den

nasjonale helseberedskapen og det internasjonale samarbeidet om helseberedskap. Direktoratet har også en viktig rolle innen samfunnssikkerhet og totalforsvar av landet.

Helsedirektoratet har siden januar 2020 hatt en sentral rolle i håndteringen av koronapandemien gjennom å koordinere helsesektoren, gi råd, innhente kunnskap, og være et kompetanseorgan – for departement og regjering og for alle samfunnssektorer og innbyggere. Strategi og tiltak er basert på oppdaterte risikoanalyser og erfaringer er jevnlig blitt oppdatert.

Helsedirektoratet har koordinert bistandsanmodninger om legemidler og materiell fra Ukraina via EUs koordineringsenhet. Helsedirektoratet har også viktige oppdrag i mottak av pasienter fra Ukraina og transport til Norge og andre land i EU.

Helsedirektoratet bidrar i en rekke innsatser innen internasjonal beredskap, bl.a. RescEU, NOR EMT, EU4Health, Svalbardgruppen og ulike EU konsortier. Direktoratet koordinerer Joint Action Terror for å styrke de europeiske landenes felles helseberedskap og evne til tverrsektoriell håndtering av eventuelle kjemiske og biologiske terrorangrep.

For å kunne understøtte et forsvarlig sikkerhetsnivå i direktoratet, hvor det vektlegges en helhetlig og samordnet tilnærming til sikkerhetsarbeidet, etableres det i 2022 en avdeling for sikkerhet i stab virksomhetsstyring. Direktoratet er i prosess med å etablere en ny retningslinje for helhetlig risikostyring for sikkerhetsarbeidet i direktoratet, Helfo og POBO.

Kompetanse og personell

Autorisasjon og godkjenning

Godkjenning av helsepersonell er en viktig oppgave for Helsedirektoratet. I 2021 mottok Helsedirektoratet om lag 27 600 saker knyttet til søknader om autorisasjon og lisens. Det ble innvilget 17 221 autorisasjoner og 5 576 lisenser fordelt på de 29 helsepersonellgruppene. Det ble gitt 1 109 avslag i samme periode. Det er innvilget flest autorisasjoner innenfor profesjonene sykepleiere (5 618), helsefagarbeidere (4 901), leger (1 499), vernepleiere (989), helsesekretærer (629) og psykologer (517). Ved utgangen av 2021 var antallet gyldige autorisasjoner i helsepersonellregisteret 560 055, mens antallet gyldige lisenser var 6363. 2198 studenter, elever og lærlinger i ulike helsefag fikk i henhold til covid-19 forskriften innvilget midlertidig studentlisens i siste studieår.

Tabell 4.12 Oversikt over antall innvilgede autorisasjoner og lisenser i 2021 sammenliknet med 2020

Yrke	Norge		Norden		EU/EØS		Andre		Totalsum	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ambulansearbeider	342	416	3	0	3	3	1	2	349	421
Apotektekniker	220	264	1	1	8	9	0	2	229	276
Audiograf	30	29	2	1	1	2	0	0	33	32
Bioingeniør	372	383	6	11	8	11	3	4	389	410
Ergoterapeut	248	249	10	5	5	1	1	0	264	255
Provisorfarmasøyt	242	210	6	13	41	31	17	22	306	276
Reseptarfarmasøyt	123	122	2	4	0	1	504	462	629	589
Fotterapeut	65	49	0	0	3	1	0	0	68	50
Fysioterapeut	595	610	38	33	86	60	7	14	726	717
Helsesekretær	583	625	0	0	4	3	0	1	587	629
Helsefagarbeider	4633	4705	108	147	16	27	4	24	4761	4903
Hjelpepleier	2	3	0	0	0	0	0	0	2	3
Jordmor	164	102	67	72	11	8	1	2	243	184
Klinisk ernæringsfysiolog	45	53	1	1	8	3	0	2	54	59
Kiropraktor	0	0	6	2	69	0	10	70	85	72
Lege	1247	1247	435	329	1149	1051	193	301	3024	2928
Ortopediingeniør	13	1	7	6	10	8	0	2	30	17
Optiker	73	68	8	3	23	15	4	8	108	94
Ortoptist	0	0	0	0	3	3	0	1	3	4
Perfusjonist	0	0	3	0	0	1	0	0	3	1
Psykolog	280	349	214	227	114	152	7	13	615	741
Radiograf	195	214	10	3	4	5	0	0	209	222
Sykepleier	6086	6516	800	793	388	556	53	73	7327	7938
Tannhelsesekretær	256	216	0	5	4	2	3	4	263	227
Tannlege	122	120	25	20	116	96	27	58	290	294
Tannpleier	74	69	2	1	7	5	0	1	83	76
Tanntekniker	13	11	1	1	6	5	0	0	20	17
Vernepleier	1238	1362	0	0	0	0	0	0	1238	1362
Totalsum	17261	17993	1755	1678	2087	2059	835	1066	21938	22797

Tabell 4.13 Antall gyldige autorisasjoner i helsepersonellregisteret per 31. desember 2021

Utdanningsland	Norge	Norden	EU/EØS	Andre	Ikke reg.	Totalsum
Ambulansearbeider	7011	159	94	27		7291
Apotektekniker	7652	18	139	160	3	7972
Audiograf	721	22	6	7		756
Bioingeniør	7383	385	138	204	1522	9632
Ergoterapeut	5667	296	101	123	394	6581
Farmasøyt	2463	267	73	74		2877
Provisorfarmasøyt	3139	729	711	179		4758
Reseptarfarmasøyt	2616	305	21	650	1	3593
Fotterapeut	2907	20	28	8	224	3187
Fysioterapeut	9926	2665	3750	1134	335	17810
Helsesekretær	14833	8	94	30	6	14971
Helsefagarbeider	38617	4281	501	8344	6	51749
Hjelpepleier	86880	8423	656	1557	8500	106016
Jordmor	2227	2505	227	64	1992	7015
Klinisk ernæringsfysiolog	578	115	9	36		738
Kiropraktor		192	1	980	3	1176
Lege	20487	14900	13779	3191	240	52597
Omsorgsarbeider	8785	7	4			8796
Ortopediingeniør	167	105	29	37	21	359
Optiker	1848	387	77	50	232	2594
Ortoptist		16	38	30		84
Perfusjonist	11	41	4		1	57
Psykolog	7888	1839	500	173	76	10476
Radiograf	4245	554	104	122	269	5294
Sykepleier	136109	39388	7417	3634	6861	193409
Tannhelsesekretær	5819	58	112	76	4	6069
Tannlege	4309	1159	1905	344	1243	8960
Tannpleier	1965	86	51	10	81	2193
Tanntekniker	706	63	125	18		912
Vernepleier	21495	99	27	7	505	22133
Totalsum	406454	79092	30721	21269	22519	560055

Oversikten viser antall helsepersonell som har autorisasjon, og samsvarer ikke med antall sysselsatte i helsesektoren.

Finansiering, styringsinformasjon og registre

Tilskuddsforvaltning

Tilskuddsforvaltning er en sentral oppgave i Helse- og omsorgsdepartementet. I 2021 hadde departementet ansvaret for 187 tilskuddsordninger med et totalt budsjett på 21 461 mill. kroner. 16 tilskuddsordninger ble forvaltet av statsforvalteren, fylkeskommunen, Stiftelsen Dam og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Budsjett for de delegerede ordningene som utbetales på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet utgjør 1848 mill. kroner. Departementet jobber med digitalisering av tilskuddsområdet for å få en bruker-vennlig, effektiv og målrettet tilskuddsforvaltning. Modernisering av tilskuddsområdet vil forenkle hverdagen for både brukere og saksbehandlere.

Styringsinformasjon

Helse- og omsorgsdepartementet skal bidra til at ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene har relevant styringsinformasjon og analyser som grunnlag for planlegging, styring og kvalitetsforbedring. Som del av dette ansvaret gjennomfører departementet analyser og følger med på utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder også grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale kvalitetsindikatorer brukes til kvalitetsforbedring i tjenestene og som bidrag til at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Indikatorene skal også gi politisk ledelse, helsemyndigheter og ledere på alle nivå et godt grunnlag for planlegging og styring, og bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i tjenestetilbudet. Resultatene offentliggjøres regelmessig på Helse- og omsorgsdepartementets nettside; fem ganger i 2022. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet består våren 2022 av 188 indikatorer. Drift og publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer er høyt prioritert samtidig som utvikling av nye indikatorer fortsetter. I 2022 er det flere indikatorer under utvikling, bl.a. for allmennlegetjenesten inkludert legevakt, demens, akuttmedisin, og heltid og deltid for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. Arbeidet med å forbedre statistikkvisningene og øke bruker-vennligheten videreføres i 2022.

Helse- og omsorgsdepartementet har hatt i oppdrag å levere styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer for de fire pasientgruppene som helsefelleskapene skal prioritere å planlegge og utvikle tjenester til: personer med flere kroniske sykdommer, skrøpelige eldre, personer med alvorlige psykiske lidelser og

rusproblemer og barn og unge. Første del av arbeidet ferdigstilles i løpet av 2022.

Registre

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter en rekke registre, herunder Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR), Egg- og sæddonorregisteret (ESDR), Helsepersonellregisteret, Medisinsk kvalitetsregister for forskning, Fastlegeregisteret og Register for reservepersonell og innsatspersonell i forbindelse med Covid-19, mv.

Helse- og omsorgsdepartementet har etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en strategi for utvikling av registrene som departementet forvalter. Departementet vil jobbe videre med å prioritere tiltakene i strategien.

Norsk pasientregister (NPR)

Norsk pasientregister (NPR) inneholder informasjon om alle pasienter som venter på, eller som har fått behandling innen spesialisthelsetjenesten. Et sentralt pasientregister er avgjørende for å sikre pasienters rett til helsetjenester, for å forbedre kvaliteten i helsetjenestene og for å finansiere helsesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet utfører et betydelig antall leveranser av data fra registeret til styringsformål, Nasjonal Kjernejournal, kvalitetsregistre, pasientregister og forskning, og understøtter Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å etablere Helse- og omsorgsdepartementets service. Det pågår et samarbeid mellom helse- og trafikkmmyndighetene for å bedre data på ulykker, ved å samle inn skadedata fra Norsk pasientregister ved utvalgte sykehus og kommunale legevakter (Fyrtårnsprosjektet). Oversikten vil danne grunnlag for nasjonalt og lokalt arbeid for å forebygge bl.a. trafikkk- og hjem-meulykker.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inneholder opplysninger om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fra virksomheter som yter tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven og fra private uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune som yter helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå. Formålet med registeret er å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Informa-

sjon i registeret bidrar til å øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, sikre god planlegging og et likeverdig helsetilbud uavhengig av kjønn, bosted og sosial status, gi mer kunnskap om effekten av behandling og sykdommers utbredelse, årsaker og forløp. Se omtale under kap. 762, post 21 og kap. 770, post 21.

Helfo

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo forvalter 42 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrykdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. Følgende overordnede mål er knyttet til Helfos virksomhet:

- Finansieringsordningene understøtter ønsket faglig utvikling, og bidrar til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet
- Helseaktører og innbyggere får rett ytelse til rett tid

Omstilling og digitalisering

Innovasjon og digitalisering er essensielt for å oppnå en brukerrettet og effektiv offentlig sektor. Omstillingene som ble besluttet av Regjeringen våren 2018 er gjennomført i henhold til plan og ble sluttført sommeren 2021. Gjennom økt digitalisering og ny kontorstruktur vil antall ansatte i Helfo bli redusert med nærmere 90 personer over fem år. Nye IKT-løsninger på helserefusjonsområdet har gitt bedre og enklere tjenester for både innbyggere og helseaktører, samt en mer effektiv forvaltning.

Saksbehandlingstider

Helfo mottok i overkant av 225 000 krav på legemiddelområdet (legemidler og næringsmidler) i 2021. Det innebærer en økning i saksinngangen på 11 pst. i forhold til 2020. Vel 197 000 krav omhandlet forhåndstilsagn for legemidler, hvorav nær 62 pst. var gjenstand for automatisert saksbehandling. Krav til bruk av ny søknadsløsning for blåresept fra 1. mai 2021 har medført at andelen krav som ble behandlet automatisk økte andre halvår. Økt automatiseringsgrad innebærer at flertallet av brukerne får umiddelbart svar på sine søknader om legemidler (samme dag).

I tredje tertial 2021 ble 93 pst. av de prioriterte legemiddelsakene behandlet innen fire uker og med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 4,6 dager. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for øvrige saker var åtte dager i tredje tertial 2021,

mens tilsvarende i 2020 var 17 dager. 96 pst. av sakene behandles innen saksbehandlingsfristen på 8 uker.

På tannhelseområdet har krav om direkteoppgjør gitt en reduksjon i inngang saker fra 18 159 individuelle refusjonskrav fra brukere i 2020 til 2944 saker i 2021. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for refusjon for tannhelsebehandling er redusert fra 28 dager ved inngangen til året til 9 dager ved utgangen av året. Nær alle saker (99 pst.) ble i tredje tertial behandlet innen 56 dager (8 uker) som er ytre grense på fagområdet.

Redusert reiseaktivitet i 2020 og 2021 har påvirket saksmengden på utlandsområdet, og da spesielt for søknader om refusjon for behandling i et annet EØS-land. Saksinngangen for stønad etter § 5–24 a (behandling i et annet EØS-land) var i 2021 på vel 4 000 saker. Antall saker er redusert med 66 pst. I forhold til 2019. Det er en omfattende reduksjon i antall krav for utenlandsbehandling innenfor fysioterapi og tannhelse. Inngang av saker for behandling i land utenom EØS, er i 2021 på 15 000, noe som tilsvarer nivået før pandemien. Saksinngangen for rettighetsblanketter er også på nivå med 2019.

Gjennomsnittlig ventetid for frikort var 10 dager ved utgangen av 2021. Saksbehandlingen er automatisert og ventetiden for brukerne er avhengig av helseaktørens hyppighet i innsending av registrerte egenandeler.

Servicetjenester

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 fra 2019 til 2021, fra 3,2 til 11,7 millioner besøk per måned. Dette skyldes økt informasjonsbehov i befolkningen som følge av pandemien. Nettportalen helfo.no gir informasjon om forhold som avtaleinngåelse med Helfo, hvordan sende inn refusjonskrav og motta utbetaling og informasjon om regelverk, takster og refusjoner. I løpet av 2021 hadde helfo.no vel 1,7 millioner nettbesøk fra helseaktører.

Helfo mottok i alt 436 000 henvendelser fra innbyggere (privatpersoner og helseaktører) i sine ordinære telefontjenester i 2021, en økning på 5 pst. fra 2020. Veiledningstjenesten Helsenorge hadde alene nær 393 000 henvendelser, en økning på 31 pst. fra året før. En økende andel

av Helfo sine brukere får løst sine informasjonsbehov, samt får tilgang til tjenester gjennom digitale løsninger. Andel digitale brukermøter er vel 96 pst. Bytte av fastlege og bestilling av europeisk helsetrygdkort gjøres digitalt gjennom selvbetjeningsløsningene for 95 pst. av tilfellene. Brukere som i liten grad bruker nett, men fremdeles ringer servicetjenestene har oftere sammensatte problemstillinger og trenger veiledning. Samtaletiden er derfor økende, noe som gir kapasitetsutfordringer. Gjennomsnittlig ventetid på telefon i 2021 var 467 sekunder (7–8 minutter), mens ventetiden i 2020 var 190 sekunder. Veiledningstjenesten hadde lange ventetider første halvår 2021, mens tilgjengeligheten har vært god i andre halvår. Til tross for lengre ventetider enn ønskelig var brukertilfredsheten på hele 87 pst. Det betyr at kvaliteten på telefontjenesten er høy og ventetiden oppleves som akseptabel. Gjennomsnittlig ventetid for Veiledningstelefonen for helseaktørene var 135 sekunder i 2021, mens ventetiden i 2020 var 165 sekunder. Det var hele 94 pst. fornøyde brukere i 2021 mot 90 pst. i 2020. Tilsvarende var 86 pst. av helseaktørene fornøyd med Helfo sin håndtering av henvendelser på epost.

Informasjonstelefonen for korona ble etablert som tjeneste i Helfo fra 28. februar 2020 og hadde i 2021 vel 650 000 henvendelser. Det var nær en dobling i forhold til antall henvendelser i 2020. Drift av informasjonstelefonen for korona har krevd betydelig innsats og fleksibilitet i Helfo og hatt betydning for kapasitet og tilgjengelighet for øvrige servicetjenester.

Nasjonalt kontrollsenter for innreisende ble opprettet 15. februar 2021. Kontrollsenteret har bistått kommunene med å følge opp innreisende med mål om å redusere risiko for videre spredning av importsmitte. Dette er gjort gjennom å veilede og kontrollere reisende til Norge i henhold til test- og karantene-reglene, og rapportere til Arbeidstilsynet og kommunene ved mistanke om brudd på regelverket. Prioriteringen av hvilke reisende som kontaktes ble foretatt av FHI i samarbeid med Helsedirektoratet og Nasjonalt kontrollsenter ut fra risiko for importsmitte. Veiledningen var flerspråklig og besto i tilpasset SMS og dialog gjennom telefon. I perioden 15. februar 2021 til og med 31. desember 2021 har Nasjonalt kontrollsenter hatt om lag 820 000 telefonkontakter, samt sendt ut om lag 1,8 mill. SMSer med smittevernveiledning. Veiledning-, kontroll- og rapporteringsfunksjonen ved Nasjonalt kontrollsenter ble avsluttet 10. februar 2022 som følge av avvikling av innreisetiltakene. Det er opprettholdt beredskap for eventuell reetablering av tjenesten.

Helfo har i 2021 også hatt flere andre koronarelaterte oppgaver som håndtering av innreiseskjema, refusjon for Janssen-vaksinen, veiledning og brukerstøtte til digitalt koronasertifikat, samt håndtering av analoge koronasertifikat.

På det meste har 130 medarbeidere vært knyttet til korona-tjenestene, i hovedsak gjennom kontrakter med private leverandører og innleie, men også ved bruk av midlertidige og egne ansatte.

Innsending av refusjonskrav og oppgjør

Helfo håndterte 1,1 million oppgjørsmeldinger fra behandlere i 2021, en økning på 10,6 pst. sammenliknet med 2020. Andel unike helseaktører som i siste tertial 2021 fremmet krav elektronisk utgjorde 88 pst. Helseaktører som sender inn fullstendige og korrekte refusjonskrav gjennom de digitale løsningene som er etablert for formålet, mottar utbetaling i løpet av 1–3 virkedager.

Etterlevelse

Helfo mottar årlig om lag 120 mill. enkeltregninger og utbetalte 42 mrd. kroner i 2021 hvorav 29 mrd. kroner er refusjon til behandlere. De resterende 13 mrd. kroner utbetales i all hovedsak til apotek og bandasjister for legemidler og medisinsk forbruksmateriell. Rett refusjon og ytelse og bedre etterlevelse av regelverket er sentrale mål for Helfos virksomhet. Helfo har styrket sitt analysearbeid, bl.a. som følge av nye analyseverktøy og enklere tilgang til store datamengder, samt økt sin tannhelsefaglige kompetanse.

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 behandlergruppen. Videre er det utviklet omfattende automatiserte kontroller i mottak og behandling av refusjonskrav og interne kontrolltiltak i saksbehandlingen av individuelle søknader. Arbeidet med etterkontroll har som formål å avdekke og reagere på økonomisk misbruk, bedrageri, samt feil og misforståelser av regelverket, og systematisk formidle kontrollresultatene slik at de bidrar til økt etterlevelse og bygger tillit. Helfo gjennomfører etterkontroller på basis av risikovurderinger.

I 2021 utgjorde tilbakekrevd beløp 41,6 mill. kroner fordelt på 26 ulike saker, mens omfanget var 56 mill. kroner i 2020 basert på 33 saker. 21 helseaktører ble fratatt retten til å praktisere for trygdens regning og Helfo gikk til anmeldelse i 11 saker. Refusjonsområdene lege/avtalespesialist og tannhelse har vært prioritert for etterkontroll,

samt oppfølging av tips og funnsaker. Effektiviteter tyder på at etterkontroll gir endret adferd hos helseaktørene.

Fristbrudd

Helfo har i 2021 registrert 14 403 fristbrudd, mens antallet registrerte fristbrudd i 2020 var 4 536. Antall fristbrudd har økt med 23 pst. fra nivået i 2019. Det lave antallet registrerte fristbrudd i 2020 er begrunnet i midlertidig oppheving av ordningen i store deler av året som følge av pandemien. Helfo har i 2021 formidlet 6 300 pasienter til fristbruddsleverandører. Helfo håndterte de aller fleste formidlingssakene (71 pst.) innen ti virkedager. 98 pst. av pasientene var fornøyde med Helfos håndtering av formidlingsprosessen.

Fritt behandlingsvalg

Helfo behandler søknader fra private behandlingssinstitusjoner om å bli godkjent for å tilby og yte helsehjelp i ordningen fritt behandlingsvalg. Ved utgangen av 2021 var det totalt 93 godkjente leverandører innenfor ordningen. Krav til saksbehandlingstid er åtte uker og oppnås i 87 pst. av sakene. Hovedårsaken til manglende måloppnåelse er at mange av søknadene har utilstrekkelig dokumentasjon på søknadstidspunktet. Helfo har en risikobasert oppfølging av de godkjente leverandørene.

Godkjenningsordningen er foreslått avviklet med virkning fra 1. januar 2023, med en overgangsperiode fram til 1. juli 2023. Det vises til omtale under kap. 732, post 72–75. Det foreslås å redusere bevilgningen med 5 mill. kroner som følge av bortfall av forvaltningsoppgaver i Helsedirektoratet og Helfo knyttet til ordningen. Helfo vil fremdeles ha enkelte kostnader knyttet til forvaltning av ordningen i 2023, bl.a. knyttet til kontroll og oppfølging av leverandører under overgangsperioden.

Årsverk

Helsedirektoratet, inkl. pasient- og brukerombudene hadde 762,7 avtalte årsverk ved utgangen av 2021, mot 685 i 2020. Helfo hadde 442 årsverk ved utgangen av 2021, mot 476 årsverk i 2020.

Post 01 Driftsutgifter

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

- Det foreslås å øke bevilgningen med 1,1 mill. kroner til koordinerende tiltak i Helsedirektoratet når det gjelder den tverrfaglige helsekartleggingen i barnevernet. Se nærmere omtale av helsekartleggingen under kap. 732, post 70, kap. 765, post 21 og i Prop. 1 S Barne- og familiedepartementet, kap. 855, post 01.
- Det foreslås å øke bevilgningen med 2 mill. kroner til dekning av Helsedirektoratet og Helfo sine utgifter knyttet til tilpasning og forvaltning av IT-systemene som sikrer kommunikasjon mellom EU sitt system for elektronisk utveksling av trygderefusjoner innenfor EU/EØS. Tilpasningen av systemene i Norge – omtalt som RINA-applikasjonen – ledes av NAV. Helsedirektoratet/Helfo må dekke sin andel av forvaltningskostnadene.
- Det foreslås å øke bevilgningen med 2 mill. kroner til elektronisk utvidelse og forvaltning av Helsedirektoratets sentrale egg- og sæddonorregister. Da eggdonasjon ble tillatt fra 1. januar 2021 ble registeret utvidet til også å omfatte eggdonorer. Registeret skal ha opplysninger om donors identitet, slik at barnets rett etter bioteknologiloven kan oppfylles. Helsedirektoratet har i 2022 arbeidet med å etablere de nye funksjonene. I 2023 er det behov for 2 mill. kroner til videreutvikling og drift av registeret, inkludert drift og videreutvikling av løsningen for informasjon om donors identitet.
- Det foreslås å øke bevilgningen med 13 mill. kroner mot en tilsvarende reduksjon på kap. 732, postene 72–75 og kap. 571, post 60 for å dekke Helsedirektoratets betaling til Norsk helsenett for forvaltning og drift av flere tjenester på helsenorge.no, som Helsedirektoratet har forvaltningsansvaret for. Dette er midler som i 2020 ble overført fra Helsedirektoratet til Norsk helsenett. Med virkning fra 2022 ble det bestemt at de regionale helseforetakene, kommunene og Helsedirektoratet skulle faktureres for kostnadene til forvaltning og drift av tjenester levert av Norsk helsenett. Kommunene og regionale helseforetakene ble i statsbudsjettet for 2022 kompensert for sine kostnader. Men kompensasjonen til disse aktørene omfattet også det beløp som var ment som kompensasjon til Helsedirektoratet. Feilen ble rettet opp ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2022, men må også følges opp i statsbudsjettet for 2023 som en permanent ordning.
- Det foreslås 3,5 mill. kroner til drift og forvaltning av Kommunalt pasient- og brukerregister som følge av gjennomført utviklingsarbeid og utvidelse av registeret. Drift av registeret er en

- fast oppgave for Helsedirektoratet. Beløpet på 3,5 mill. kroner er flyttet fra kap. 701, post 21 hvor utviklingsarbeidet ble finansiert.
- Det foreslås 2,5 mill. kroner til bl.a. utredninger av juridiske og etiske sider ved det nasjonale genomsenteret. Midlene foreslås ompostert fra kap. 732, post 70. Stortinget har bevilget midler til de regionale helseforetakene til etablering av et nasjonalt genomsenter med tilhørende register. Midlene til utredningsarbeidet ble flyttet til Helsedirektoratet ifb. revidert nasjonalbudsjett for 2022. Det foreslås å videreføre flyttingen i 2023.
 - Bevilgningen under posten er redusert med 1,7 mill. kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.
 - Det foreslås å øke bevilgningen med 5 mill. kroner til kontroll av folketrygdens utgifter til tannhelse. Beløpet er en flytting fra kap. 740, post 21. Kontroll av folketrygdens utgifter er en fast oppgave for Helfo.
 - Det foreslås å øke bevilgningen med 0,2 mill. kroner til forvaltning og drift av innsynsløsning for Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Beløpet flyttes fra kap. 740, post 21. Arbeidet er en fast oppgave og bør derfor finansieres over etatens ordinære driftsbevilgning.
 - Det foreslås å styrke bevilgningen med 2,5 mill. kroner til drift og forvaltning av et meldesystem til Norsk pasientregister med data om stråledoser m.m. i spesialisthelsetjenesten. Dataene skal bl.a. gjøres tilgjengelig for Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. Prosjektet til etableringen av det nye meldesystemet ferdigstilles i 2022. Tiltaket har vært finansiert over kap. 781, post 21. Drift og forvaltning av systemet vil være en permanent oppgave for Helsedirektoratet. Det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner fra kap. 781, post 21.
 - Det foreslås et rammekutt på 30 mill. kroner i Helsedirektoratets driftsbevilgning. Bevilgningen omfatter også Helfo. Den konkrete innretningen på rammekuttet vil bli avklart i styringsdialogen med Helsedirektoratet ved utarbeidelse av tildelingsbrevet for 2023.
 - Det foreslås å redusere bevilgningen med 5 mill. kroner som en følge av at ordningen med fritt behandlingsvalg foreslås avvirket fra 1. januar 2023. Helsedirektoratet og Helfo har hatt kostnader knyttet til forvaltning av ordningen som nå bortfaller. Helfo vil fremdeles ha enkelte kostnader knyttet til forvaltning av ordningen i 2023.
 - Bevilgningen reduseres med 0,5 mill. kroner som følge av en rammeoverføring til DFØ for inngått rammeavtale om bistand.
 - Bevilgningen foreslås redusert med 0,1 mill. kroner i forbindelse med etatens arbeid med oppfølgingen av områdegjennomgangen på legemiddelområdet (legereservasjon mot bytte i apotek).
 - Bevilgningen foreslås redusert med 0,3 som følge av reduserte leiekostnader.
 - Bevilgningen foreslås redusert med 4,5 mill. kroner knyttet til forventede budsjettgevinster fra endrede jobbreisevaner som følge av pandemien, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Faste oppgaver – disponering av 21-poster

I statsbudsjettet er det under de fleste fagkapitler innført særskilte 21-poster med betegnelsen «Spesielle driftsutgifter». Bevilgningene finansierer statlige kostnader ved gjennomføring av spesielle oppgaver, prosjekter eller andre tiltak av begrenset varighet. Oppgavene gjennomføres ved at virksomhetene enten benytter egne medarbeidere i en tidsavgrenset periode eller ved kjøp av tjenester/innleie av konsulenter. Helsedirektoratet har en sentral rolle ved gjennomføring av vedtatt politikk. En rekke nye tiltak og prosjekter som etaten over tid har fått ansvar for, er finansiert over 21-poster. Når arbeidet er gjennomført bør det tas stilling til om prosjektet skal være en permanent oppgave. Faste oppgaver i en etat bør finansieres over etatens ordinære driftsbevilgning. I samarbeid med direktoratet har departementet i 2022 hatt en gjennomgang av samtlige 21-poster der Helsedirektoratet er tildelt midler og vurdert hvilke oppgaver som anses som faste oppgaver som Helsedirektoratet skal forvalte. Gjennomgangen har vist at direktoratet i dag har ansvar for en rekke faste oppgaver som er finansiert over 21-poster. For å bidra til en mest mulig konsistent budsjettering og helhetlig styring av underliggende etater foreslås det en endring i budsjetteringen der midler som går til faste oppgaver flyttes til Helsedirektoratets driftsbudsjett. Dette er i tråd med Finansdepartementets rundskriv R-101. Endringen i budsjetteringen påvirker ikke antall ansatte i Helsedirektoratet, og påvirker heller ikke den samlede tildeling til etaten. Ansatte som tidligere ble finansiert over en 21-post vil nå bli dekket over kap. 740, post 01. Det foreslås å flytte i alt 57,3 mill. kroner til kap. 740, post 01 fra totalt 10 ulike driftsposter. Omtale av formål og beløp fremgår under hver av de aktuelle 21-postene

(733.21, 734.01, 734.21, 740.21, 761.21, 762.21, 765.21, 770.21, 781.21 og 783.21).

Post 21 Spesielle driftsutgifter

- Bevilgningen foreslås styrket med 3,5 mill. kroner til et prosjekt med å digitalisere tilskuddsforvaltningen i Helsedirektoratet. Arbeidet finansieres ved omprioritering av midler fra kap. 781, post 21 og kap. 762, post 74. I tillegg kommer ressurser fra Helsedirektoratets egne budsjetttrammer. Helsedirektoratet er delegert arbeidet med å forvalte over 187 ulike tilskuddsordninger.
- Bevilgningen foreslås redusert med 1 mill. kroner og ompostert til Helse- og omsorgsdepartementets driftsbudsjett. Formålet er å ivareta og styrke departementets beredskapsoppgaver, samt oppfølging av Koronakommisjonens anbefalinger om justeringer i norsk helseberedskap.
- Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra kap. 740, post 21 til kap. 740, post 01. Beløpet er knyttet til kontroll av folketrygdens utgifter til tannhelse. Kontroll av folketrygdens utgifter er en fast oppgave for Helfo. Bevilgninger over 21-poster skal primært dekke midlertidige oppdrag og prosjekter.
- Det foreslås å flytte 0,2 mill. kroner til kap. 740, post 01. Beløpet gjelder forvaltning og drift av innsynsløsning for Kommunalt pasientregister. Arbeidet er en fast oppgave og bør derfor finansieres over etatens ordinære driftsbevilgning.
- Bevilgningen foreslås redusert med 1,2 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

Post 60 Oppgjørsordning gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger

Netto oppgjørsordninger

Statsbudsjettet føres som hovedregel etter bruttoprinsippet. Det betyr at utgifter og inntekter på statsbudsjettet føres hver for seg. Det finnes imidlertid noen unntak der inntekter og kostnader skal nettoføres.

Helfo håndterer flere oppgjørsordninger på vegne av tredjeparter, som medfører utbetaling med viderefakturering og påfølgende innbetaling. Dette er nulloppgjørsordninger hvor Helfo formidler betaling mellom to parter, uten at inn- og utbetalingene representerer en statlig aktivitet som bør fremkomme av budsjettets utgifts- og inntektsside. Ordningene knyttet til Fritt behand-

lingsvalg og H-resept nettoføres allerede i dag. I forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett 2022 ble det besluttet at de resterende oppgjørsordningene også skal nettoføres f.o.m. 2022. Dette må følges opp i statsbudsjettet for 2023. Endringene omfatter:

- Gjesteinnbyggeroppgjøret (fastlegeoppgjør mellom kommuner)
- Helsehjelp i annet EØS-land (ordningen medfører viderefakturering til kommuner, fylkeskommuner og RHF avhengig av hvem som har finansieringsansvar)
- Oppgjørsordning for Statens pensjonskasse (forskuttering av takster behandlere mottar for journalutskrifter og legeerklæringer rekvirert av SPK)
- Covid-19-vaksinering (viderefaktureres kommunene)

Omleggingen innebærer at både utbetaling og innbetaling skal føres på en utgiftspost uten bevilgning, og at inntektspostene avvikles. Et eventuell netto utestående for de nye ordningene skal aktiveres i kapitalregnskapet ved årets slutt. Det er nødvendig med særskilte fullmakter til regnskapsføring av utgiftene og inntektene i kapitalregnskapet for hver av ordningene, jf. forslag til romertallsvedtak.

Bevilgningen på posten foreslås redusert med 91,8 mill. kroner som følge av omleggingen.

Post 61 Oppgjørsordning for covid-19-vaksinering

Det er etablert en egen takst til fastleger som setter vaksiner mot Covid-19. Taksten utbetales av Helfo, som deretter krever refusjon fra kommunen, jf. omtale under kap. 740, post 60 og forslag til romertallsvedtak. Ordningen er besluttet utvidet til å omfatte apotek og andre private aktører som har avtale med kommunen.

Post 70 Oppgjørsordning helsetjenester i EØS-land

Bevilgningen foreslås redusert med 72,8 mill. kroner som følge av nye oppgjørsordninger, jf. omtale under kap. 740, post 60 og forslag til romertallsvedtak.

Posten dekker utgifter til helsetjenester i EØS-land, jf. pasientrettighetsdirektivet. Pasienten må betale behandlingsutgiftene, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfos refusjonsutgifter til bl.a. allmennelegetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen, spesialisthelsetjenester og fysioterapi

føres på posten. Helfo krever dekning av utgiftene fra kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene og som inntektsføres posten.

Det ble utbetalt refusjoner for 11,9 mill. kroner i 2021. Dette er betraktelig lavere enn bevilgningen og må sees i sammenheng med mindre reisevirksomhet som følge av Covid-19. Fysioterapi, sykehusbehandling, tannbehandling og legemidler dominerte i 2021.

Post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg

Det vises til omtale av avviklingen av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg under kap. 732 Regionale helseforetak.

Utgiftene til helsetjenester i fritt behandlingsvalg skal dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene. Forvaltningen av ordningen innebærer bl.a. at Helfo skal betale til de private aktørene. Det er derfor nødvendig med et påfølgende oppgjør mellom Helfo og de regionale helseforetakene. Helfo krever refusjon fra helsefore-

takene og inntektsfører 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.

Ved en avvikling av godkjenningsordningen 1. januar 2023 og en overgangsperiode på et halvt år vil det være behov for å videreføre oppgjørsordningen i minimum fire år for å ta høyde for krav som sendes inn etter tidspunktet for avviklingen av godkjenningsordningen. Ordinære pengekrav har etter § 2 i lov 18. mai 1979 nr. 18 om foreldelse av fordringer en foreldelsesfrist på tre år.

Post 73 Oppgjørsordning Statens pensjonskasse

Helfo forskutterer takster som behandlere mottar for journalutskrifter og legeerklæringer rekvirert av Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 740, post 60 og forslag til romertallsvedtak.

Kap. 3740 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
02	Diverse inntekter	56 032	21 057	21 689
03	Helsetjenester i annet EØS-land	12 658	68 368	
04	Gebyrinntekter	45 238	39 855	41 051
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	76 826	51 300	87 000
06	Gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger	349 978	89 502	
	Sum kap. 3740	540 732	270 082	149 740

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

Det foreslås å redusere bevilgningen med 70,4 mill. kroner som følge av nye oppgjørsordninger, jf. omtale under kap. 740, post 60 og forslag til romertallsvedtak.

Post 04 Gebyrinntekter

Helsedirektoratet har gjennomgått gebyrene så de er i tråd med Rundskriv R-112/15. I forbindelse med dette arbeidet utarbeider departementet nå en ny forskrift om fastsetting og endring av gebyr. Når denne har vært på høring og blir vedtatt, vil Helsedirektoratet endre dagens gebyrer.

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 om innføring av netto oppgjørsordninger for flere ordninger, herunder gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger. Bevilgningen under post 06 foreslås avvirket.

Kap. 741 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	266 363	227 121	236 733
70	Advokatutgifter	37 467	50 067	51 488
71	Særskilte tilskudd	20 451	21 848	25 668
	Sum kap. 741	324 281	299 036	313 889

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

- Det foreslås å styrke bevilgningen med 6 mill. kroner til anskaffelse av ny saksbehandlingsløsning.

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 instruks 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

Rask og god saksavvikling har høy prioritet i Norsk pasientskadeerstatning (NPE), samtidig som ressursbruken er tilpasset de økonomiske rammene. Fra NPE ble opprettet i 1988 og fram til utgangen av 2021, har NPE mottatt 1 112 124 erstatningskrav, inkludert 2230 legemiddelsaker. Saksmengden har i perioden fra 1988 i store trekk vært økende, men den har flatet noe ut i årene 2017–2020. I 2021 kom det inn 6 553 erstatnings-

krav, hvilket er 15 pst. mer enn i 2020. Mye av økningen hadde sammenheng med at det kom inn i alt 674 saker knyttet til koronasmitte og koronavirusvaksiner. Privat helsetjeneste, som ble en del av pasientskadeordningen i 2009, står for nesten 13 pst. av erstatningskravene i 2021.

I 2021 ble det gitt medhold i 1 686 erstatningskrav, mens 3 451 ble avslått. I tillegg ble 1 151 krav avvist og 373 henlagt. Medholdsandelen er på 33 pst. for kravene som ble realitetsbehandlet.

Totalt utbetalte NPE 1 052 mill. kroner i erstatning i 2021. Det er 100 mill. kroner mindre enn i 2020. Nesten 6 pst. av erstatningsbeløpet er knyttet til privat helsetjeneste. I gjennomsnitt ble det utbetalt 628 000 kroner for saker som ble ferdig beregnet i 2020. Erstatningsbeløpene har en spredning fra 5000 kroner til mer enn 11 mill. kroner.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra saken ble mottatt til ansvarsvedtak var 200 dager i 2021. Det er en reduksjon på 35 dager sammenliknet med 2020. For saker som ble ferdig beregnet i 2021 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra medhold til avsluttet erstatningsberegning 214 dager. Det er en reduksjon på 71 dager sammenliknet med 2020. NPE har et kontinuerlig søkelys på å redusere saksbehandlingstiden, og arbeidet med dette fortsetter i 2022 og 2023. Det er også en prioritert oppgave å øke saksavviklingen i NPE. Avviklingen i 2021 økte med 6 pst. sammenliknet med 2020. NPE jobber kontinuerlig med kompetansebygging og endringer i arbeidsmetodikken.

Fagutvikling

NPE har i 2021 jobbet med å følge opp strategien for virksomheten, der den strategiske hovedmålsettingen for årene 2019–2023 er at «Vi skal redusere saksbehandlingstiden ved å forenkle måten vi jobber på». Det har vært lagt stor vekt på å følge opp hovedmålsettingen i strategien gjennom fire satsningsområder: effektiv tidsbruk, innovativ og løsningsorientert bruk av kompetanse, effektive og målrettede beslutningsprosesser, samt bruk av gode digitale verktøy.

Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. NPE er opptatt av å jobbe med å forbedre sine arbeidsmetoder (bl.a. gjennom metodikk som benyttes til kontinuerlig forbedring). I 2021 er det arbeidet mye i virksomheten med å forbedre saksflyt, arbeidsmetodikken og jobbe målrettet med avvikling av saker som har vært i systemet mer enn to år. Det er videre jobbet mye med å styrke saksbehandlerens beslutningsdyktighet, samt utvikle gode opplæringsplaner.

NPE har, etter at drift- og bruker støtteoppgaver ble sentralisert i Norsk Helsenett 1. januar 2017, oppgaver innen IKT-forvaltning og utvikling for egen virksomhet og for Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Den felles saksbehandlingsløsningen med Helseklage er tilårskommen, og i 2021 har det vært jobbet med å beskrive behov og forberede anskaffelsen av ny løsning som er mer brukervennlig og mer bærekraftig i drift og utvikling.

En viktig oppgave for NPE i årene framover vil være å utvikle gode digitale løsninger for erstatningssøkerne. Brukerportalen Min side, hvor erstatningssøkerne kan melde saken sin og følge behandlingen videre, har etter lanseringen i 2019 blitt den viktigste kommunikasjonskanalen mellom erstatningssøkerne og NPE. I 2021 ble det opprettet en ny enhet som i tillegg til saksbehandling skal jobbe med tjenesteutvikling og dermed være en spydspiss i arbeidet med å videreutvikle Min side og automatisering av prosesser i saksbehandling.

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 2022 og 2023.

Årsverk

NPE hadde 150,3 årsverk i 2021 mot 150,1 årsverk i 2020.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Det foreslås å styrke bevilgningen med 6 mill. kroner til anskaffelse av ny saksbehandlingsløsning. Anskaffelsen gjennomføres i fellesskap med Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten. Dagens saksbehandlingssystemer for de to etatene ble utviklet for mange år siden som et felles prosjekt mellom NPE og daværende Pasientskadenemnda. Utviklingen var spesialtilpasset virksomhetene, og bygget ikke på innkjøp av ferdig hyllevare. En rapport fra et eksternt konsulentfirma viser at dagens systemer er overmodne for utskifting. NPE må bidra til delfinansiering av anskaffelsen gjennom en reduksjon i sine ordinære driftsutgifter. Det vises også under omtale under kap. 742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

- Bevilgningen foreslås redusert med 0,8 mill. kroner knyttet til forventede budsjettgevinster fra endrede jobbreisen som følge av pandemien, jf. nærmere omtale under kap. 2.
- Bevilgningen under posten er redusert med 0,3 mill. kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2, del I.

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 Nasjo-

nalt klageorgan for helsetjenesten/Pasientskadenemnda.

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 vaksinert 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 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
02	Diverse inntekter	11 284	7 099	7 312
50	Premie fra private	35 603	17 518	17 518
	Sum kap. 3741	46 887	24 617	24 830

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene på posten er relatert til en oppgjørordning mellom Norsk pasientskadeerstatning og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Norsk pasientskadeordning har bl.a. i oppgave å utvikle IKT-systemene for Helseklage, herunder 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 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	174 083	165 262	177 262
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 095	15 658	16 055
	Sum kap. 742	185 178	180 920	193 317

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

- Bevilgningen foreslås styrket med 3 mill. kroner til økt saksbehandlingsskapasitet innenfor pasientskadeområdet
- Bevilgningen foreslås styrket med 6 mill. kroner til anskaffelse av nytt saksbehandlingssystem. Anskaffelsen skjer i samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning. Det vises til omtale under kap. 740, post 01.

Samfunnsoppdrag

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) ivaretar rettssikkerheten til brukere av og ansatte i helsetjenestene. Vurderingene klageorganet gjør er viktige for både enkeltpersoners livssituasjon og fellesskapets interesse i offentlig finansierte og velfungerende helsetjenester.

Helseklage er klageinstans på vedtak i over 50 ulike sakstyper og 12 offentlige instanser:

- Helfo
- Helsedirektoratet
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Luftfartstilsynet
- Norsk pasientskadeerstatning
- Oslo universitetssykehus
- Statens helsetilsyn
- Statens legemiddelverk
- Statsforvalteren

Helseklage er sekretariat for fire uavhengige nemnder:

- Pasientskadenemnda
- Statens helsepersonellnemnd
- Apotekklagenemnda
- Klagenemnda for behandling i utlandet

Helseklage forbereder også ankesaker til Trygde retten. Ankene gjelder vedtak etter folketrygdloven kap. 5.

Roller

Helseklage utfører forvaltningsoppgaver. Helseklage er prosessfullmektig når staten ved Pasientskadenemnda saksøkes. Regjeringsadvokaten er prosessfullmektig i søksmål på de øvrige saksområdene. Helse- og omsorgsdepartementet har delegert rollen som partsrepresentant i disse rettssakene til Helseklage.

Myndighet

Helseklage er et statlig forvaltningsorgan, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet styrer gjennom instruks, delegasjon, tildelingsbrev og etatstyringsmøter. Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke instruere Helseklage om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelser i enkeltsaker. Nemndsekretariatet er faglig underlagt nemndene og kan ikke instrueres av departementet.

Generelt om saksbehandlingen i Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Helseklage er et av Norges største fagmiljøer innen erstatningsrett, helserett, forvaltningsrett, EU/EØS-rett og prosedyre, og er Bergens største samlede fagmiljø for jurister.

I 2021 behandlet Helseklage det høyeste antall klagesaker siden opprettelsen i 2016. Helseklage mottok 3966 saker og behandlet 4841 saker. Helseklage har fortsatt lang saksbehandlingstid på pasientskadesaker og klagesaker fra Helfo, men arbeider kontinuerlig for å redusere saksbehandlingstiden.

Følgende klagesaker behandles i nemnd (førsteinstans og nemnd i parentes):

- pasientskadeerstatning (Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda)
- administrative reaksjoner mot helsepersonell (Statens helsetilsyn, Statens helsepersonellnemnd)
- advarsel til apotekkonsesjonær eller apoteker (Statens legemiddelverk, Apotekklagenemnda)
- autorisasjon og lisens til helsepersonell (Helsedirektoratet, Statens helsepersonellnemnd)
- behandling i utlandet (Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Vest, Helse Sør-Øst, Klagenemnda for behandling i utlandet)
- drift av filialapotek (Statens legemiddelverk, Apotekklagenemnda)
- konsesjon til drift av apotek (Statens legemiddelverk, Apotekklagenemnda)
- spesialistgodkjenning (Helsedirektoratet, Statens helsepersonellnemnd)

Pasientskadesaker uten vesentlig tvil behandles av Helseklage som sekretariat, etter delegasjon fra Pasientskadenemnda. Det er ikke delegasjonsadgang for de øvrige nemndene. Alle andre klagesaker behandles av Helseklage uten nemndbehandling.

Pasientskadenemnda

I 2021 mottok sekretariatet i Helseklage 2 069 klagesaker til Pasientskadenemnda. Saksinngangen var på samme nivå som i 2020. Pasientskadenemnda behandlet 2 671 klagesaker i 2021. Det er det høyeste antall ferdigbehandlede pasientskadesaker siden opprettelsen av nemnda i 2003. Økningen i saksavviklingen har sammenheng med økt bemanning på pasientskadeområdet. Totalt ble antall ubehandlede pasientskadesaker redusert med 602 saker.

Pasientskadenemnda har økt saksavviklingen de siste årene, og antall saker som er under eller venter på behandling synker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for ferdigbehandlede pasientskadesaker var 21 måneder ved utgangen av 2021. Økningen skyldes at nemnda har behandlet mange eldre klagesaker.

Pasientskadenemnda skal innen utgangen av 2022 ferdigbehandle alle pasientskadesaker mottatt før 1. januar 2020. I tillegg skal saksbehandlingen økes med 18 pst. sammenliknet med 2021. Pasientskadenemnda forventer å nå målet om å ferdigbehandle klagesakene mottatt før 2020. Saksbehandlingen i første tertial 2022 økte med 15 pst., sammenliknet med første tertial i 2021.

Dersom Pasientskadenemnda opprettholder den høye saksavviklingen, vil de nå målet om 12 måneders saksbehandlingstid i løpet av 2023.

Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

Helseklage mottok 189 klagesaker til Statens helsepersonellnemnd i 2021. Saksinngangen er lavere enn gjennomsnittet de siste årene. Statens helsepersonellnemnd behandlet 213 klagesaker i 2021. Dette er en nedgang fra 2019. Nedgangen skyldes i hovedsak at antall saksbehandlere i sekretariatet ble redusert og at det tar tid å lære opp nye.

Statens helsepersonellnemnd forventer ikke å nå målet om gjennomsnittlig saksbehandlingstid på åtte måneder i 2022. Årsaken er omfattende endringer i sammensetningen av nemnda og opplæring av nye medarbeidere i sekretariatet.

Helseklage mottok to klagesaker til Apotekklagenemnda i 2021. Nemnda behandlet én sak i 2021.

Klagenemnda for behandling i utlandet

Helseklage mottok 23 klagesaker fra de regionale helseforetakene til Klagenemnda for behandling i utlandet i 2021. Klagenemnda behandlet 22 saker i 2021. Dette er en liten nedgang fra året før. Klagenemnda for behandling i utlandet behandler sakene fortløpende. Saksbehandlingstiden i hastesaker er tre måneder, og fem måneder i andre saker.

Klagesaker fra Helfo

Helseklage mottok 1599 og behandlet 1846 klagesaker fra Helfo i 2021. Det er en økning i både mottatte og behandlede saker sammenliknet med året før. Helseklage har økt saksavviklingen på dette fagområdet hvert år siden de overtok som klageinstans i 2017.

Helseklage skal i 2022 opprettholde antall ferdigbehandlede klagesaker på nivå med 2021.

Andre klagesaker

Helseklage er klageinstans i over 30 andre sakstyper:

- avtalehjemmel for spesialister
- behandlingsreise til utlandet
- dekning av betalingskrav og sakskostnader i spesialisthelsetjenesten

- dispensasjon fra helsekravene i førerkortforskriften
- drift av privat røntgeninstitusjon
- endring av juridisk kjønn for barn mellom 6 og 16 år
- godkjenning av institusjoner som skal utdanne leger som spesialister
- godkjenning som allmennlege med rett til tryggederefusjon
- sertifisering av besetningsmedlemmer og flygeledere
- varsel til EU og EØS-land om helsepersonell som har fått begrenset retten til å utøve yrket sitt

Det har vært en liten nedgang i «andre klagesaker». Klagesaker fra Statsforvalteren som gjelder førerkortforskriftens helsekrav er det største saksområdet. De andre sakstypene har et begrenset omfang. Målet om seks måneders behandlingstid vil bli nådd i 2022.

Rettsaker

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er prosessfullmektig når staten ved Pasientskadenemnda saksøkes. Rettsakene gjelder krav om erstatning for pasientskader eller svikt under behandling i offentlig og/eller privat helsetjeneste.

I 2021 mottok staten ved Pasientskadenemnda 188 stevninger. Det er en betydelig økning sammenlignet med 2020, da det ble registrert 133 stevninger. I første tertial 2022 mottok staten ved Pasientskadenemnda 60 stevninger. Det er det høyeste antallet stevninger i første tertial siden 2015. En økning i antallet stevninger er naturlig og forventet, siden antallet behandlede klagesaker i Pasientskadenemnda har økt.

149 stevninger ble avsluttet i 2021. 107 saker ble avgjort uten rettskraftig dom: 67 saker ble trukket av saksøker og 40 saker ble forlikt.

59 dommer ble avsagt i 2021: 45 dommer i tingretten, 13 i lagmannsretten og en skriftlig behandling i Høyesterett. 42 dommer ble rettskraftige i 2021. Staten ved Pasientskadenemnda ble frifunnet i 34 av sakene.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er partsrepresentant i rettsaker på helserettsområdet. Regjeringsadvokaten er prosessfullmektig. Rettsakene gjelder gyldigheten av vedtak fattet av Statens helsepersonellnemnd, Klagenemnda for behandling i utlandet, Apotekklagenemnda og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten.

Fagutvikling

Helseklage arbeider med kontinuerlig forbedring og digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester, for å nå regjeringens målsetting om å effektivisere offentlig sektor. Helseklage samarbeider med NPE om å anskaffe et nytt og moderne saksbehandlingssystem. Systemet skal bidra til at Helseklage i større grad kan effektivisere og automatisere arbeidsprosesser, og bruke offentlige fellesløsninger. Det vises også til omtale under post 01 Driftsutgifter.

Helseklage har tatt i bruk videoløsninger som et alternativ til fysiske nemndmøter. Klageorganet vil arbeide med ytterligere tiltak for å effektivisere nemndmøtene til alle nemndene i 2022 og 2023.

Helseklage følger opp virksomhetsstrategien for 2020–2024. Det overordnede målet er å være en rollemodell innen offentlig forvaltning. Strategien er delt inn i tre strategiske retninger: effektivisering, brukerorientering og organisasjonsutvikling. Noen av hovedmålene i strategien er å:

- redusere saksbehandlingen vesentlig
- forbedre brukerreisen
- opprettholde den gode kvaliteten
- være en attraktiv og kompetanseledende arbeidsplass

Kommunikasjon

Helseklage skal, i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken, gi informasjon til brukerne om rettigheter, plikter og muligheter. Helseklage skal gi alle som bringer en klagesak inn informasjon om hvordan saken blir behandlet og hvor lang tid det forventes å ta. Helseklage skal bruke et klart og korrekt språk som er tilpasset målgruppene. Vedtak fra nemndene blir publisert på helseklage.no og Lovdata.

Årsverk

Helseklage hadde i gjennomsnitt 151 avtalte årsverk i 2021. Antall avtalte årsverk var 132.

Post 01 Driftsutgifter

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

- Bevilgningen under posten er redusert med 0,2 mill. kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2, del I.

- Bevilgningen foreslås redusert med 0,4 mill. kroner knyttet til forventede budsjettgevinster fra endrede jobbreisevaner som følge av pandemien, jf. nærmere omtale under kap. 2.

entskadeerstatning, kjøp av konsulenttjenester og prosjekt for å øke saksavviklingen.

- Bevilgningen under posten er redusert med 16 000 kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til drift og forvaltning av IKT-tjenester i samarbeid med Norsk pasi-

Kap. 3742 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
50	Premie fra private	6 033	2 380	2 380
	Sum kap. 3742	6 033	2 380	2 380

Post 50 Premie fra private

Bevilgningen dekker utgifter til Helseklages arbeid med behandling av pasientklagesaker fra

privat helsetjeneste. 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 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	181 385	183 985	259 036
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	143 247	135 463	132 585
	Sum kap. 744	324 632	319 448	391 621

Vesentlige endringsforslag, utover gjennomgående budsjetttiltak, er omtalt i del I og generelle prisjusteringer:

- Det foreslås å øke bevilgningen med 78,1 mill. kroner knyttet til Helsedataservice og investeringer i gjenbruk av eksisterende infrastrukturer for data- og analysetjenester.
- Det foreslås å øke bevilgningen med 8,2 mill. kroner knyttet til standardisert språk i henhold til planlagt gjennomføring av tiltaket
- Det foreslås å flytte 14,9 mill. kroner fra kap. 744, post 21 til post 01 som følge av flytting av faste oppgaver i Direktoratet for e-helse.
- Det foreslås et rammekutt på 20 mill. kroner i Direktoratet for e-helses driftsbevilgning. Den konkrete innretningen på rammekuttet vil bli

avklart i styringsdialogen med Direktoratet for e-helse ved utarbeidelse av tildelingsbrev for 2023

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 bidra til at vedtatt politikk på digitaliseringsområdet settes i verk i tråd med føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet skal legge til rette for en helhetlig e-helseutvikling gjennom å samle sektorens behov og utarbeide forslag til nasjonale strategier og planer på e-helseområdet. Videre skal direktoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv. Direktoratet har, etter fullmakt fra Helse- og omsorgsdepartementet, fortolkningsansvar for deler av pasientjournalloven med tilhørende forskrifter.

Fagutvikling

Direktoratet for e-helse skal være helse- og omsorgssektorens og departementets sentrale rådgiver på e-helseområdet, og legge til rette for inkluderende og kunnskapsbaserte beslutningsprosesser. Direktoratet skal være det sentrale kompetansemiljøet for nasjonale digitaliseringstiltak i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal følge med på e-helseutviklingen nasjonalt og internasjonalt, og publisere relevante nøkkeltall. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og tilrettelegge for at kunnskapen kommer til anvendelse i politikk og praksis. Det innebærer å ha oversikt over og formidle nasjonale kunnskapsbehov og bidra til at sektoren har tilgang til relevant analyse og forskning ved planlegging, gjennomføring og evaluering av helsetiltak.

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 faktabasert 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 209 årsverk uten medregnet konsulentårsverk per 31. desember 2021. I 2021 utgjorde andelen konsulenter 23 pst.,

tilsvarende 63 årsverk. Det er en nedgang fra 2020 på 6 årsverk.

Departementet viser til at alle statlige etater i 2022 har fått en fellesføring om at virksomhetene skal arbeide for å redusere konsulentbruken på områder der det ligger til å rette for å benytte interne ressurser og kompetanse. Utover informasjons- og holdningskampanjer, skal tjenester fra kommunikasjonsbransjen som hovedregel ikke benyttes. Direktoratet for e-helse skal rapportere om konsulentbruken i årsrapporten for 2022.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen behandlet våren 2022 Riksrevisjonens undersøkelse av anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse, jf. Dokument 3:14 (2020–2021). Riksrevisjonens undersøkelse viser at Direktoratet for e-helse ikke har hatt gode nok rutiner og praksis for anskaffelse og bruk av konsulenter. Kontroll- og konstitusjonskomiteens flertall støtter Riksrevisjonens konklusjoner og kritikk, jf. Innst. 406 (2021–2022). Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp Riksrevisjonens undersøkelse og direktoratets konsulentbruk gjennom styringsdialogen. Direktoratet for e-helse har rapportert på gjennomføring og oppfølging av tiltak som er iverksatt for å bedre anskaffelsespraksis og rutiner for bruk av konsulenter som fast sak på etatsstyringsmøtene i 2021 og 2022. Forbedring av praksis på anskaffelsesområdet generelt, og for konsulenttjenester spesielt, er høyt prioritert. Direktoratet rapporterer at det er iverksatt tiltak på alle anbefalingene fra Riksrevisjonen, og det ble gjennomført en internrevisjon av anskaffelsesområdet i andre kvartal 2021. Anbefalingene fra internrevisjonen vil, sammen med tiltak fra intern risikovurdering, bli lagt til grunn for videre arbeid.

I tildelingsbrevet til Direktoratet for e-helse for 2022 er direktoratet bedt om at oppfølgingen av Riksrevisjonens anbefalinger skal ha høy prioritet i direktoratets videre arbeid. Oppfølgingen skal omfatte områdene hvor Riksrevisjonen konkluderer med brudd på prinsippene om konkurranse og likebehandling i anskaffelsesregelverket og der det er behov for å forbedre rutinen for sporbarhet og etterprøvbarehet. Videre skal oppfølgingen omfatte rutiner for kostnadskontroll og håndtering av avhengighet til enkeltkonsulenter og enkeltleverandører. Direktoratet skal også foreta en vurdering av om det er behov for ytterligere tiltak for å følge opp funn og anbefalinger i etterlevesrevisjonen. Direktoratet skal rapportere på gjennomføring og oppfølging av tiltakene som er iverksatt for å bedre anskaffelsespraksis og rutiner for bruk av konsulenter, herunder hvordan

direktoratet følger opp at rutiner og retningslinjer etterleves og kontinuerlig forbedres.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen skal dekke ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Bevilgningen skal dekke utgifter til videreutvikling, forvaltning og drift av Helsedataservice som nasjonal tilgangsforsvalter, inkludert tjenester på helsedata.no, og investeringer i videreutvikling av data- og analysetjenester.

Bevilgningen foreslås:

- økt med 78,1 mill. kroner som følge av flytting av midler til forvaltning og drift av Helsedataservice fra kap. 701, post 21, økt basisfinansiering av Helsedataservice og investeringer i gjenbruk av eksisterende infrastrukturer for data- og analysetjenester.
- økt med 14,9 mill. kroner som følge av flytting av faste oppgaver i Direktoratet for e-helse
- redusert med 369 000 kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.

Det foreslås et rammekutt på 20 mill. kroner i Direktoratet for e-helses driftsbevilgning.

Felles retning på e-helseområdet

Direktoratet for e-helse skal som nasjonal myndighet bidra til en koordinert utvikling på e-helseområdet. Direktoratet har en viktig rolle i å samordne sektorens behov, legge grunnlaget for en felles og kunnskapsbasert forståelse av utfordringsbildet, og etablere en felles retning på digitaliseringsarbeidet. Det er et mål at digitalisering skal være en integrert del av vår felles helsetjeneste, og en naturlig del av hvordan vi løser oppgavene i sektoren. Nasjonal koordinering skal bidra til at vi bruker de samlede ressursene på en god måte. Regjeringen vil presentere den helhetlige digitaliseringspolitikken i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Direktoratet har etablert en nasjonal rådsmodell for e-helse som har til hensikt å samle sektoren om felles mål, strategier og prioriteringer. Rådsmodellen er en videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen for e-helse og endringene ble gjennomført 1. juli 2022. Nasjonalt e-helsestyre byttet samtidig navn til Nasjonalt e-helseråd og ansvarsfordelingen mellom Nasjonalt e-helseråd, prioriteringsutvalget (NUIT) og fagutvalget

(NUFA) ble tydeliggjort. Forslag til endringer i modellen fikk bred støtte av Nasjonalt e-helsestyre.

Nasjonal e-helsestrategi er et sentralt virkemiddel for direktoratet i arbeidet med å skape felles retning for digitalisering, og for å bidra til å realisere overordnede helse- og omsorgspolitiske mål. Arbeidet med ny nasjonal e-helsestrategi pågår og skal gjelde fra 2023. Den nye strategien skal være retningsgivende for sektorens prioriteringer i årene fremover. Strategien utarbeides av direktoratet i samarbeid med representanter fra helse- og omsorgssektoren, forskingsmiljøer, næringsliv og innbyggere. Nasjonal rådsmodell for e-helse vil ha en sentral rolle i arbeidet med å følge opp strategien. Videre har direktoratet i samarbeid med sektoren etablert et felles veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Veikartet inngår i nasjonal e-helseportefølge og skal samle sektoren om felles prioriteringer og planer for å bidra til en mer koordinert utvikling og innføring. Samlet er målet å øke realismen i gjennomføring og at ambisjoner er godt avstemt med aktørene i sektoren.

De regionale helseforetakene har ansvaret for egne journalløsninger og finansieringen av disse. I helseregion Midt-Norge er Helseplattformen utviklet som en ny felles elektronisk pasientjournal for sykehus, kommuner og fastleger. I Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF pågår et langsiktig arbeid med å videreutvikle og samordne eksisterende journalsystemer. Modernisering av journalløsningene vil bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen og skal gjøre det enklere å ta i bruk nasjonale løsninger for digital samhandling. De regionale helseforetakene skal levere en felles plan for arbeidet i 2022. Direktoratet for e-helse skal årlig gjøre en samlet vurdering av sektorens måloppnåelse på området.

E-helseløsninger skal bidra både til en trygg og effektiv helse- og omsorgstjeneste og til å skape et hjemmemarked for norske leverandører. Direktoratet for e-helse leverte høsten 2021 rapporten *Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet, anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften*. Rapporten foreslår flere tiltak for å bedre samarbeidet mellom det offentlige og private på e-helseområdet. Direktoratet har våren 2022 sendt på høring prinsipper for bruk av markedet. Basert på innspillene fra høringen skal direktoratet utarbeide en plan med mål om å styrke samarbeidet mellom næringsklynger, kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har i Hurdalsplattformen varslet at den vil etablere en hel-

seteknologiordning som støtter innføring av ny teknologi i helse- og omsorgstjenesten. Se også omtale av helseteknologiordningen under kap. 701, post 73.

Direktoratet koordinerer sektorens internasjonale samarbeid på e-helseområdet og deltar på ulike arenaer og i flere samarbeidsprosjekter i regi av internasjonale organisasjoner som Nordisk Ministerråd, EU og Verdens helseorganisasjon. Formålet er å understøtte Norges internasjonale helsepolitikk, følge med på å ivareta norske interesser i den internasjonale e-helseutviklingen. Direktoratet har en viktig rolle i å bidra til at norske aktører deltar i EUs digitaliseringssatsing innenfor EU4Health og har i 2022 fått i oppgave å vurdere konsekvenser av Europakommisjonens forslag til forordning om det europeiske helsedatoområdet, European Health Data Space. Direktoratet deltar i Nordisk ministerråds prosjekt Nordic Commons, hvor formålet er å utvikle og prøve ut en infrastruktur for tilgang til helsedata på tvers av de nordiske landene, se ytterligere omtale under enklere tilgang til helsedata.

Krav til standarder og arkitektur

Felles standarder og arkitekturstyring er et sentralt virkemiddel for å oppnå samhandling mellom systemer og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Målet er at tydelige rammebetingelser med standarder, krav og prinsipper for digitalisering vil bidra til en mer helhetlig utvikling, og stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger ble sommeren 2021 oppdatert med flere obligatoriske standarder hvor bl.a. endringer for svarrapport, henvisning, rekvisisjon radiologi og e-resept ble gjeldende fra 1. juli 2022. Som myndighet på e-helseområdet, utvikler og vedlikeholder Direktoratet for e-helse normerende produkter innen arkitektur og standardisering på flere områder. Veileder om internasjonale standarder for legemiddelinformasjon har vært på høring. Veilederen inneholder anbefaling om hvilke internasjonale standarder som finnes på legemiddelområdet og hvordan de skal brukes av aktørene i sektoren. Direktoratet følger i 2022 opp innspillene fra høringen.

Direktoratet for e-helse leverte i 2021 plan og målilde for internasjonale standarder for perioden 2021–2024. Planen ble utarbeidet i samarbeid med aktørene i helse- og omsorgssektoren, og beskriver tiltak for bruk av internasjonale standarder. Direktoratet for e-helse fortsetter arbeidet med å følge opp tiltak i planen i 2023.

I 2022 utarbeider direktoratet en samarbeidsmodell som beskriver ansvarsdeling og prosesser i arbeidet med å velge, tilpasse og forvalte internasjonale standarder. Modellen skal gi økt forutsigbarhet og mer tydelig rollefordeling mellom myndigheter, helseforetak, kommuner, leverandører og standardiseringsorganisasjoner. Målet er å bidra til raskere nytte for innbyggere, helsepersonell og virksomheter gjennom innføring av standardene som er nødvendig for å nå målet om digital samhandling i helse- og omsorgssektoren. I 2023 skal modellen operasjonaliseres i et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse og aktørene i sektoren.

Direktoratet for e-helse deltar i internasjonalt standardiseringssamarbeid, spesielt i regi av EU. Direktoratet for e-helses deltakelse i internasjonalt arbeid er et viktig virkemiddel som gir tidlig oversikt og mulighet til å påvirke relevante føringer og standarder. Direktoratet for e-helse vil fortsette arbeidet i 2023.

Digital sikkerhet og personvern

Digital sikkerhet er viktig for å kunne utøve forsvarlige helsetjenester. Direktoratet for e-helse har som myndighet et hovedansvar for å tydeliggjøre rammebetingelsene for arbeidet med informasjonssikkerhet i digitaliseringsarbeidet i sektoren.

Direktoratet for e-helse er sekretariat for Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (Normen). Normen er en bransjenorm som forvaltes av organisasjoner og virksomheter i sektoren. Det gjennomføres kontinuerlig en oppdatering og revisjon av veiledningsmaterieell til aktørene. Normen skal bidra til tilfredsstillende informasjonssikkerhet og godt personvern hos den enkelte virksomhet og i sektoren generelt.

Riksrevisjonen har gjennomført en revisjon av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer, jf. Dokument 3:2 (2020–2021). Riksrevisjonens undersøkelse tydeliggjør behovet for å styrke arbeidet med digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. I tildelingsbrev for 2021 fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide en strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Dette oppdraget ble endret i 2022 og Direktoratet for e-helse skal, som erstatning for en strategi, utarbeide et innspill om digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren til en melding til Stortinget om helseberedskap. Innspillet har vært på bred høringsrunde og Helse- og omsorgsdepartementet vil benytte innspillet til stortingsmeldingen.

Enklere tilgang til helsedata

Det foreslås samlet bevilget 78,1 mill. kroner til forvaltning og drift og videreutvikling av Helsedataservice, og til investeringer for å videreutvikle data- og analysetjenester herunder gjenbruk av eksisterende infrastrukturer i universitets- og høyskolesektoren. Deler av kostnadene til forvaltning og drift av tjenestene fra Helsedataservice finansieres gjennom ulike former for brukerbetaling.

Videreutvikling av tjenestene til Helsedataservice og gjenbruk av eksisterende data- og analysetjenester skal legge til rette for bedre bruk av helsedata i helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling.

Helsedataprogrammet ble avviklet ved årsskiftet 2021/2022. Gjenstående utviklingsarbeid følges opp av Direktoratet for e-helse gjennom helsedataprojektet og Helsedataservice som nasjonal tilgangsfører. Direktoratet for e-helse skal i løpet av 2022 etablere en ny organisering av fag- og brukerinnsflytelse med et helsedataråd og et brukerråd. Organiseringen erstatter det midlertidige styringsrådet og arbeidsgruppen for forskning, innovasjon og næringsutvikling som ble etablert etter at Helsedataprogrammet ble avviklet.

Helsedataservice ble etablert i 2021 med ti ansatte på Tynset og i Trondheim. Oppgavene inkluderer søknadmottak og veiledning, og forvaltning og videreutvikling av helsedata.no med oversikt over registre, variabler og metadata, variabelutforsker og informasjon- og veiledning om søknadsprosessen, og innbyggertjenester på helsenorge.no. I 2021 ble tjenestene på helsedata.no videreutviklet og felles søknadsskjema ble utvidet med flere datakilder. I 2022 pågår forberedelser og utprøving av felles saksbehandlingsløsning, og videre innføring og utbredelse av søknads- og saksbehandlingstjenestene og øvrige tjenester som er etablert på helsedata.no og helsenorge.no. Per august 2022 er felles søknadsskjema tatt i bruk av 51 datakilder (registre), helsedata.no har informasjon om 93 datakilder, og 16 datakilder har registrert detaljert informasjon om variablene i registeret (metadata) i variabelkatalogen.

Utvikling av Helseanalyseplattformen i en allmenn skyløsning ble satt på pause av Direktoratet for e-helse i desember 2021 som følge av endringer i juridiske rammebetingelser etter Schrems II-dommen fra EU-domstolen. I 2022 arbeides det med å realisere så mye som mulig av gevinstene av løsningen uten dataplattform og analysetjenester. Direktoratet utreder i samarbeid

med Norsk helsenett SF alternative løsninger, inklusiv muligheten for å benytte løsninger som er i drift i universitets- og høyskolesektoren eller helsesektoren. Arbeidet gjøres i samarbeid med universitets- og høyskolesektoren, registerforvalterne og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Stortinget bevilget i revidert nasjonalbudsjett 11 mill. kroner for å styrke dette arbeidet. Departementet har bedt direktoratet om å prioritere utredning av løsninger som er basert på bruk av eksisterende data- og analysetjenester og distribuerte data som alternativ til én felles dataplattformen. Videre har departementet sendt forskrift om nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata på ny høring med forslag om å overføre vedtaksmyndighet til Helsedataservice uavhengig av om data er tilgjengelig på én felles plattform.

I 2023 skal Helsedataservice videreutvikles som nasjonal forvalter av tilgang til helsedata, og det skal legges vekt på å hente ut nytte av de løsningene som allerede er utviklet. Det gjelder videre innføring av felles søknads- og sakbehandlingstjenester og videre utvikling av metadata og andre tjenester på helsedata.no. Det er en prioritert oppgave for registerforvalterne og Helsedataservice å redusere saksbehandlingstiden for behandling av søknader om tilgang til helsedata. Det skal legges til rette for økt bruk av eksisterende data- og analysetjenester og stegvis innføring av tiltak for å effektivisere prosessen med tilgjengeliggjøring av helsedata.

I 2021 leverte Direktoratet for e-helse en anbefaling om utviklingsretning for automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. I 2022 følger direktoratet, i samarbeid med sektoren, opp ved å konkretisere det nasjonale ansvaret for begrepharmonisering, normering og innføring av standardisert språk. Direktoratet skal basert på anbefalingen fra 2021, utarbeide en plan for videre arbeid med automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. Målet er å redusere arbeidsbyrden for helsepersonell ved at innrapportering er mest mulig automatisert og integrert i de faste arbeidsprosessene. Videre skal mer oppdaterte data med bedre dekningsgrad og datakvalitet gi et bedre grunnlag for forskning, kvalitets-sikring og styring av helsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at det nasjonale arbeidet på helsedataområdet må ses i sammenheng med nordisk og europeisk arbeid på området. Europakommisjonen la 3. mai 2022 fram forslag til en forordning om det europeiske helsedataområdet, European Health Data Space (EHDS). Forordningen skal styrke helsebe-

redskapen, sikre innbyggernes tilgang til egne helseopplysning og være et fundament for sikker tilgang til og bruk av helsedata i EU. Norge har formannskapet i nordisk ministerråd i 2022 og leder, sammen med Finland, Nordic Commons som er et nordisk samarbeidsprosjekt om deling av helsedata. Nordic Commons vil bl.a. kunne fungere som en pilot og senere integreres som en del av European Health Data Space.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

- Bevilgningen foreslås økt med 8,2 mill. kroner knyttet til standardisert språk i henhold til planlagt gjennomføring av tiltaket.
- Bevilgningen foreslås redusert med 14,9 mill. kroner som følge av flytting til post 01 knyttet til faste oppgaver i Direktoratet for e-helse.

Standardisert språk

Arbeidet med standardisert språk foreslås videreført med en bevilgning på 73,9 mill. kroner. I tillegg vil sektoren bidra med betydelige helsefag-

lige ressurser. Med standardisert språk menes helsefaglige kodeverk og terminologi som benyttes for å strukturere informasjon i elektroniske informasjonssystemer i helse- og omsorgstjenesten. Et felles standardisert språk legger grunnlaget for å kunne behandle helsefaglige opplysninger på en entydig måte. Slik blir det enklere å oppnå digital samhandling og gjenbruk av opplysninger til analyse og forskning.

Direktoratet for e-helse leder arbeidet med å etablere et standardisert språk i helse- og omsorgssektoren, og har etablert et program for kodeverk og terminologi med bred sektordeltagelse. Sentralt i arbeidet er innføring og bruk av den internasjonale terminologistandarden Snomed CT. Våren 2022 tok Helseplattformen i Midt-Norge i bruk den første versjonen av standardisert språk for sentrale områder i pasientjournalen. Det legges opp til at standardisert språk på sikt skal innføres i øvrige virksomheters journal-systemer og de nasjonale e-helseløsningene. Innføringen vil skje trinnvis på egnede områder basert på erfaringene med standardisert språk i Helseplattformen i Helse Midt-Norge. Det skal i løpet av 2023 være etablert et forvaltningsapparat med nødvendig IKT-støtte.

Kap. 745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	1 574 621	1 287 850	1 235 942
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	213 427	154 032	167 779
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	22 183	13 463	13 732
	Sum kap. 745	1 810 231	1 455 345	1 417 453

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

- Det foreslås å øke bevilgningen 10 mill. kroner til styrking av metodevurderingskapasitet, veiledning og internasjonalt samarbeid, jf. nærmere omtale under.
- Det foreslås å øke bevilgningen med 10 mill. kroner i 2023 til utvidelse av Legemiddelregisteret til å omfatte legemiddelbruk i institusjon.
- Det foreslås å redusere bevilgningen med 53 mill. kroner knyttet til Folkehelseinstituttets

arbeid med drift av koronavaksinasjonsprogrammet og distribusjon, jf. omtale under.

- Det foreslås å redusere bevilgningen med 4,5 mill. kroner knyttet til forventede budsjettgevinster fra endrede jobbreisevaner som følge av pandemien, jf. nærmere omtale under kap. 2.
- Det foreslås å flytte 15 mill. kroner fra kap. 762, post 70 til etablering og drift av et kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jf. omtale under.

- Det foreslås å flytte 6,5 mill. kroner fra kap. 701, post 21 til arbeidet med å utvikle og modernisere helseregistre.

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, kunnskap og infrastruktur. Instituttet skal understøtte Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Mattilsynet, Miljødirektoratet og andre nasjonale og lokale myndigheter og tjenester med relevant kunnskap. Folkehelseinstituttet skal sammenstille og kommunisere kunnskap om helserelaterte tema for å bidra til kunnskapsbasert praksis og offentlig debatt. Folkehelseinstituttet er faglig uavhengig.

Roller

Folkehelseinstituttet er kunnskapsprodusent for hele landets helsesystem for å støtte beslutningstakere nasjonalt og lokalt, og for helse- og omsorgstjenesten. Gjennom forskning, analyse, utredninger og statistikk produserer og oppsummerer Folkehelseinstituttet kunnskap.

Lov om folkehelsearbeid § 25 sier at Folkehelseinstituttet skal overvåke utviklingen i folkehelsen og i helse- og omsorgstjenestene, samt utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne.

Folkehelseinstituttet har viktige roller i den nasjonale og internasjonale helseberedskapen. Dette er nedfelt i helseberedskapsloven, smittevernloven og folkehelseloven. Beredskapsarbeidet skjer i tett samarbeid med nasjonale og internasjonale myndigheter og fagmiljøer. I beredskapssituasjoner og kriser overvåker Folkehelseinstituttet helsetilstanden, yter kunnskapsstøtte og gir råd til Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, andre beslutningstakere, tjenester og publikum.

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt, jf. smittevernloven § 7–9, med tilhørende funksjoner og ansvar. Instituttet skal overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, utføre helseanalyser og

drive forskning på smittevernområdet. Videre skal instituttet gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige myndigheter, helsepersonell og befolkningen om smittevern og miljømedisin.

Instituttet overvåker også befolkningens eksponering for faktorer i miljøet som kan påvirke helsen og medføre negative helseeffekter.

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. å skaffe gode data og analyser av vaksinasjonsdekning, forekomst av sykdom, immunitet i befolkningen, uønskede hendelser etter vaksiner og holdninger til vaksine.

Instituttet forvalter helsedata som nasjonal infrastruktur for egen og andres kunnskapsproduksjon gjennom dataansvaret for en rekke nasjonale helseregistre samt biobank og nasjonale helseundersøkelser. Folkehelseinstituttet kan, sammen med Helsedirektoratet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, etablere registre med helseopplysninger for å håndtere beredskapssituasjoner.

Folkehelseinstituttet har nasjonalt ansvar for metodevarsling, og drifter tjenesten MedNytt, som varsler om nye og potensielt viktige metoder for norsk helsetjeneste. Folkehelseinstituttet er utrederinstans for system for Nye metoder. Instituttets rolle er å fremskaffe kunnskapsgrunnlag for å vurdere nytte, ressursbruk og alvorlighet av nytt medisinsk utstyr eller metoder eller i tilfeller der en metode vurderes å utfases. Folkehelseinstituttet gjennomfører også fullstendige metodevurderinger for legemidler etter oppdrag fra Nye metoder. Instituttet er også nasjonal ressursgruppe for mini-metodevurderinger og drifter den nasjonale databasen for mini-metodevurdering.

Globalt samarbeid er avgjørende for å løse instituttets nasjonale oppgaver, og instituttet har utstrakt internasjonal aktivitet. Instituttet er godkjent institusjon for utdanning i felt-epidemiologi, legespesialistutdanning og bidrar i undervisning i universitets- og høyskolesektoren.

Myndighetsfunksjoner

Folkehelseinstituttet har enkelte myndighetsfunksjoner i smittevernet. Instituttet gir faglige retningslinjer for gjennomføring av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet (Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 3), anbefalinger om innholdet i tuberkuloseundersøkelsen (Forskrift om

tuberkulosekontroll § 4–5) og samordner utarbeiding av faglige veiledere og retningslinjer for smittevernarbeidet (Forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3–3). Folkehelseinstituttet godkjenner skadedyrbekjempere (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 eller andre beredskaps-situasjoner, kan Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra angitte offentlige, og privat helse- og omsorgstjenester uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, jf. smittevernloven § 2–2 og helseberedskapsloven § 2–4.

Instituttet gir også på flere fagområder råd til Helse- og omsorgsdepartementet, direktorater, landets kommuner, helsetjenesten og andre myndigheter og tjenester. Kravet om rådgiving følger bl.a. av smittevernloven § 7–9.

Fagutvikling og innovasjon

Folkehelseinstituttet driver fagutvikling på samtlige av instituttets fagområder. Instituttets rolle som uavhengig kunnskapsprodusent krever kontinuerlig faglig oppdatering. Dette skjer gjennom oppfølging av og deltakelse i forskning og nettverk, og gjennom å bidra til den nasjonale og internasjonale kunnskapsbasen om folkehelse, folkehelse tiltak og helse- og omsorgstjenester. Instituttet driver bl.a. en rekke utviklingsprosjekter for digitalisering av virksomheten og tjenestene, helseundersøkelser, samt satsinger på tiltaksforskning, sykdomsbyrdeanalyser, kunnskapsoppsummeringer av folkehelse tiltak, folkehelse globalt, helse- og helsetjenesteanalyser, og samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenestene. Instituttet har et nasjonal samordningsansvar for psykisk helse på folkehelseområdet. Instituttet er pådriver i arbeidet for bedre tilgang til helsedata og biobanker, persontilpasset medisin, innovasjon og utviklingen av et kunnskapsystem for bedre folkehelse i tråd med Helse-Omsorg21-strategien.

Kommunikasjon

Folkehelseinstituttet skal bidra til opplyst samfunnsdebatt ved å være åpne om forskning, analyse, vurderinger og råd, arbeidsprosesser og finansiering. Videre har instituttet lovpålagte oppgaver knyttet til smittevern og beredskap som særlig krever rask og åpen kommunikasjon overfor beslutningstakere lokalt, nasjonalt og internasjonalt, media og befolkningen generelt. Folkehelse-

seinstitutts kommunikasjon av kunnskap og råd skal bidra til at befolkningen tar informerte helsevalg for seg og sine. Instituttet skal nå alle, og møte befolkningen og ulike samfunnsaktører på deres premisser. For å oppnå dette må instituttet ha god dialog med brukerne og systematisk innhente tilbakemeldinger på arbeid, råd og kommunikasjon. Folkehelseinstituttet skal bruke et klart språk og de kanalene for kommunikasjon som til enhver tid er mest relevante for instituttets målgrupper. Instituttet utvikler kontinuerlig nettsiden og bruken av sosiale medier og andre kanaler for dialog med brukere og kommunikasjon med befolkning og fagfolk.

Årsverk

Folkehelseinstituttet hadde 1 096 årsverk ved utgangen av 2021, mot 969 årsverk ved utgangen av 2020. I underkant av 10 pst. av årsverkene i 2021 var knyttet til oppgaver finansiert av eksterne aktører. Andelen av eksterntfinansierte årsverk har gjennom pandemien ligget på et lavere nivå enn normalt da ressurser har vært omdisponert til arbeid med Covid-19. Medarbeiderne ved instituttet er lokalisert i Oslo og Bergen.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Sammenliknet med saldert budsjett 2022 foreslås, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering det å:

- øke bevilgningen med 10 mill. kroner til styrking av metodevurderingskapasitet, veiledning og internasjonalt samarbeid, jf. nærmere omtale under
- øke bevilgningen med 1,2 mill. kroner til arbeidet med gjennomføringen av EUs tobakksdirektiv, jf. nærmere omtale under
- redusere bevilgningen med 53 mill. kroner knyttet til Folkehelseinstituttets arbeid med drift av koronavaksinasjonsprogrammet og distribusjon, jf. omtale under. Forslaget tar høyde for at det i 2023 kan bli anbefalt oppfriskningsdose til alle personer 45 år og eldre og enkelte risikogrupper inkludert enkelte barn og ansatte i helse- og omsorgssektoren med pasientkontakt, jf. omtale under kap. 710 og under.
- redusere bevilgningen med 4,5 mill. kroner knyttet til forventede budsjettgevinster fra endrede jobbreisevaner som følge av pandemien, jf. nærmere omtale under kap. 2

- redusere bevilgningen med 0,4 mill. kroner som følge av reduserte leiekostnader
- flytte 6,5 mill. kroner fra kap. 701, post 21 til arbeidet med å utvikle og modernisere helseregistre
- redusere bevilgningen med 1,6 mill. kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.

Kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det foreslås å flytte 15 mill. kroner fra kap. 762, post 70 til kap. 745, post 01 til etablering og drift av et kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det ble i 2022 bevilget 15 mill. kroner på kap. 762 til etablering og drift av et kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en av de viktigste tjenestene rettet mot barn og unge, men det er behov for mer systematisk fag- og kompetanseutvikling og forskning på de områdene tjenesten dekker. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en tverrfaglig tjeneste og det er viktig at kompetansemiljøet reflekterer dette. Miljøet skal bidra til kompetansebygging i og veiledning av kommunene. Kompetansemiljøet forankres ved Folkehelseinstituttet og lokaliseres geografisk i tråd med KDDs retningslinjer for lokalisering av statlige virksomheter.

God kunnskap

Folkehelseinstituttet produserer kunnskap som skal bidra til god helse for alle, ved å gi beslutningstakere nasjonalt, regionalt og lokalt et godt grunnlag for å utforme politikk, og ved å styrke befolkningens helsekompetanse slik at alle kan ta kunnskapsbaserte beslutninger. Kunnskapsproduksjonen omfatter overvåking, forskning, metodevurdering og kunnskapsoppsummering. Kunnskapen deles med ulike aktører.

Verdien av rask og pålitelig kunnskap knyttet til smittevern og helsekriser har blitt tydelig demonstrert gjennom koronapandemien. Pandemien er både en helsekrise og en kunnskapskrise, og Folkehelseinstituttet har fortløpende produsert kunnskapsgrunnlag for håndtering av pandemien ved hjelp av bl.a. god overvåking, en rekke datakilder, kunnskapsoppsummeringer og samarbeid med nasjonale og internasjonale aktører.

Kunnskapen har også vært grunnlag for instituttets vurderinger og råd.

For å lykkes med å produsere og framskaffe relevant kunnskap, er det nødvendig at instituttet har tilstrekkelig faglig og tematisk bredde og dybde som kan dekke folkehelsefeltet, inkludert helse- og omsorgstjenestene og globale helseutfordringer. Folkehelseinstituttet er avhengig av velfungerende infrastruktur som gjør det mulig å gjennomføre god forskning og annen kunnskapsproduksjon, som helseregistre, befolkningsbaserte helseundersøkelser og moderne laboratorier. Siden mange globale helseutfordringer er felles, med FNs bærekraftsmål som en felles handlingsplan, må kunnskapsproduksjonen på folkehelsefeltet i Norge sees i internasjonal kontekst.

Forskning og overvåking

Folkehelseinstituttet har kompetanse på og driver forskning og helseanalyse på en rekke sentrale områder for folkehelsearbeidet, som smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer, legemiddelepideemiologi, miljøfaktorer og klimaendringers innvirkning på folkehelsen og på helse- og omsorgstjenestene. Folkehelseinstituttet publiserte 924 vitenskapelige artikler i 2021, 25 pst. på nivå 2.

Ny kunnskap skaffes bl.a. gjennom overvåking, altså systematisk og vedvarende innsamling, analyse og deling av kunnskap om sykdom og faktorer som påvirker sykdomsrisiko. Innen smittevernet overvåker Folkehelseinstituttet den nasjonale epidemiologiske situasjonen og deltar i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen. Instituttet samler inn, sammenstiller og analyserer data om smittsomme sykdommer, smittestoffer, immunitet, vaksinasjon, resistens og eventuelt relevant atferd og tilbakemelding om resultatene til bruk for smittevernet. Herunder beskrive sykdomsbyrden etter tid, sted og demografiske forhold, samt oppdage utbrudd og nye smittestoffer. Sammen med annen kunnskap gir denne overvåkingen et avgjørende grunnlag for risikovurdering, forskning, opplysning, rådgivning, håndtering og evaluering i smittevernet.

For å oppdage folkehelseusikkerheter og utvikle effektive tiltak er det avgjørende å overvåke og forske på helsetilstanden, levevaner og helsetjenestebruken i befolkningen. Folkehelseinstituttet jobber for å utvide kunnskapsgrunnlaget for å løse store helseutfordringer gjennom forskning og analyse, basert på bl.a. befolkningsundersøkelser, helseregistre og biologisk materiale. Overvåking av infeksjoner er et viktig grunnlag for både forskning, rådgivning og iverksetting av til-

tak mot smittsomme sykdommer og antibiotikaresistens. Mange enheter og funksjoner ved instituttet bidrar til å følge med på befolkningens helse og å drive tilhørende analyse og forskning.

Folkehelseinstituttet har et nasjonalt ansvar for å samordne datakilder og kunnskapsmiljøer innen psykisk helse, med hovedvekt på forebygging. For å få økt kunnskap om årsaken til og konsekvensen av den observerte økningen av psykiske plager og lidelser hos unge, har instituttet initiert samarbeid mellom ulike norske ressursmiljøer på feltet, bl.a. om å styrke overvåkingen av psykiske plager og lidelser blant studenter og ungdom.

Folkehelseinstituttet har etablert Human miljøbiobank for å overvåke hvor mye av aktuelle miljøgifter og andre uønskede stoffer befolkningen eksponeres for og undersøker i hvilken grad disse kan øke risikoen for helseproblemer.

Enhet for migrasjonshelse ved instituttet arbeider for å fremskaffe mer og bedre kunnskap om innvandreres helse.

Enhet for amming, tidligere Nasjonal kompetansetjeneste for amming, ble innlemmet i Folkehelseinstituttet 1. januar 2022. Enheten viderefører arbeidet bl.a. med å sørge for nasjonal kompetanseoppbygging, nettverksbygging og spredning av kompetanse.

Folkehelseinstituttet har fått økte oppgaver på tobakksfeltet knyttet til gjennomføring av EUs tobakksdirektiv og vurderinger av nye tobakks- og nikotinprodukter. Kostnadene for 2023 er estimert til 3,4 mill. kroner og vil dekkes inn gjennom gebyrinntekter fra tobakksindustrien, jf. kap. 3714, 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 2023.

Metodevurdering og kunnskapsoppsummering

Solide og uavhengige oppsummeringer av eksisterende kunnskap om helse og helsetjenester er avgjørende for å få gode beslutninger om å innføre eller avvike en rekke tiltak, både nasjonalt, regionalt og kommunalt, samt for å kunne lage gode framskrivninger eller politikksimuleringer. Folkehelseinstituttet leverer kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og beslutningsstøtte rundt effekt, sikkerhet og helseøkonomi.

De siste årene har instituttet effektivisert og forbedret arbeidet med metodevurderinger som bestilles til systemet for Nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Som det går fram over foreslås det å øke bevilgningen med 10 mill. kroner til styr-

king av metodevurderingskapasitet, og internasjonalt samarbeid knyttet til metodevurdering og metodevarslingsfunksjonen. Styrkingen vil bidra til bedre kunnskap, raskere prosesser ved innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og økt tillit til system for Nye metoder.

Instituttet har også forsterket samarbeidet med andre samfunnssektorer rundt kunnskapsoppsummeringer. For eksempel er det behov for et kunnskapsløft for kommunene og mer systematikk i kunnskapsarbeidet. Kunnskapsoppsummeringer kan bidra til å identifisere kommunenes kunnskapsbehov og prioritere mellom disse. Under pandemien har arbeidet med kunnskapsoppsummering blitt styrket og hatt mer fokus på raske og dynamiske leveranser for bruk i håndteringen.

Evaluering av tiltak

Folkehelseinstituttet bidrar til å styrke folkehelsen gjennom å skaffe vitenskapelig kunnskap om iverksatte og planlagte tiltak. Dette inkluderer kunnskap om effekten av tiltak, og om forholdet mellom tiltakenes ressursbruk og nytte. For å skaffe denne kunnskapen kreves god og godt dokumentert forskning, høy kompetanse og oppdaterte verktøy og metoder. Instituttet skal gi råd om effekt av tiltak som kan virke helsefremmende eller forebyggende, innenfor områder som bl.a. smittevern og vaksinasjon, sosial ulikhet, psykisk helse og rus, oppvekstvilkår for barn og unge, og bruk og kvalitet på helsetjenestene. Senter for evaluering av folkehelse tiltak samarbeider bl.a. med kommunene for å undersøke effekten av ulike tiltak, med utgangspunkt i Program for folkehelsearbeid i kommunene. Evaluering av tiltak krever også samarbeid med forvaltningen og tjenestene.

Kunnskap for å møte de globale helseutfordringene

Folkehelseinstituttet bidrar innen global helse, med et bredt mandat og en kombinasjon av kompetanse som få andre folkehelseinstitutter og institusjoner har. Gjennom likeverdige og gjensidige partnerskap med søsterinstitusjoner, myndigheter og akademiske miljøer i andre land, er det mulig å dele kompetanse og innhente ny kunnskap. Instituttet har solide internasjonale nettverk, ikke minst i WHO, EU, EØS og Norden. I tillegg til den norske helseforvaltningen, samarbeider Folkehelseinstituttet med Utenriksdepartementet, Norad, ambassader, academia og et stort antall andre norske og internasjonale partnere.

Folkehelseinstituttet har en stor portefølje av aktiviteter innen global helse og arbeider for å redusere den globale sykdomsbyrden knyttet til klimaendringer, smittsomme sykdommer og ikke-smittsomme sykdommer, samt for å bedre tilgang til og kvalitet på helsetjenester i verden.

For den globale folkehelsen blir klima- og miljøendringene en av de største utfordringene i årene som kommer, og vi vil trenge kunnskap om tiltak for å redusere og forebygge negative helseeffekter. Folkehelseinstituttet har opprettet et eget område for klima og miljø som skal bidra med ny kunnskap om årsaker, risiko og helseeffekter ved klima- og miljøendringer.

Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for varslingsystem for utbrudd og andre folkehelsekriser for WHO og det europeiske smittevernbyrået (ECDC). For å bekjempe smittsomme sykdommer og antimikrobiell resistens samarbeider instituttet tverrsektorielt med myndigheter, forskningsmiljøer og søsterinstitusjoner for å dele kunnskap og kompetanse.

Tilgjengelige helsetjenester av høy kvalitet er viktig for helse, omsorg og lindring. Å oppnå universell helsetilgang er et hovedmål for WHO og et av delmålene i FNs bærekraftsmål 3. Innen global helse arbeider Folkehelseinstituttet særlig med å utarbeide bedre beslutningsgrunnlag for helsepersonell og helsemyndigheter, men også for pasienter og befolkningen. De neste årene vil instituttet ha oppmerksomhet på samspeillet mellom helsetjenesten og øvrig folkehelsearbeid, inkludert i håndteringen av epidemier og folkehelsekriser.

Kunnskapsdeling

Folkehelseinstituttet har lovpålagte oppgaver om å dele kunnskap og drive rådgivning for å understøtte ulike myndigheter i folkehelsearbeidet. Instituttet driver kontinuerlig videreutvikling av måter og arenaer for deling av kunnskap. Målet er å gi kommunene, fylkene og nasjonale myndigheter god oversikt om helsetilstanden og påvirkningsfaktorer som grunnlag for å iverksette tiltak – både i beredskapssituasjoner og i det løpende folkehelsearbeidet, samt å gi befolkningen tilgang til kunnskap som kan bidra til gode helsebeslutninger.

Tilgjengelig og praksisrettet helsekunnskap tilpasset norske forhold har betydning for kvaliteten i daglig pasientbehandling. Helsebiblioteket skal høsten 2022 lanseres på nye nettsider, og skal være en hovedplattform for formidling av faglitteratur uavhengig av geografi, profesjon og tjenestenivå. Målet er å tilby et mer komplett utvalg av

relevant litteratur til alle helsearbeidere, ikke minst i primærhelsetjenesten.

I 2022 publiserte instituttet bl.a. folkehelseprofiler for kommunene, fylkene og bydelene, og oppvekstprofiler i samarbeid med andre offentlige etater. Ulike indikatorer gir oversikt over påvirkningsfaktorer lokalt, også for faktorer knyttet til sosial ulikhet. Senter for sykdomsbyrde utarbeider fylkesvise oversikter som viser ulikheter i sykdomsbyrde og betydning av risikofaktorer for de ulike regionene. Folkehelse rapporten er publisert som faglig grunnlag for arbeidet med stortingsmelding om folkehelse, bl.a. med en temautgave om folkehelsen etter covid-19.

Folkehelseinstituttet etablerer stadig flere samarbeidsforhold med kommuner og regioner, og det er et mål å ha nærhet til det lokale folkehelsearbeidet. I 2022 startet et pilotsamarbeid mellom Folkehelseinstituttet og Senter for folkehelse og levekår ved Universitetet i Agder. Med samarbeidet har instituttet som mål å utvikle en modell for utprøving og evaluering av lokale folkehelse tiltak. Målet er å gi ny kunnskap om hvordan folkehelse tiltak og beredskapsarbeid dekker de behovene som kommunene selv identifiserer.

Mange av de aktuelle folkehelseutfordringene krever samarbeid på tvers av samfunnssektorer. Ett av virkemidlene er å kombinere helsedata med informasjon fra andre sektorer, for eksempel miljø- og samferdselssektoren, arbeidsmarkedet, utdanningssektoren, landbruk, og barne- og familievern.

Koronapandemien og videre kunnskapsutvikling

Den vitenskapelige kunnskapen som understøtter håndtering av kriser, må både være pålitelig og kunne fremskaffes raskt. Folkehelseinstituttet har i 2021 og 2022 prioritert å understøtte håndteringen av covid-19 pandemien, og kunnskapsresponsen ved instituttet inkluderer bl.a. overvåking, kunnskapsoppsummeringer, analyser og forskningsprosjekter. Noen eksempler på ny kunnskap som har vært sentral for håndteringen av pandemien er kunnskap om risikofaktorer for smitte og alvorlig sykdom, risiko for sykehusinnleggelse og behov for helsetjenester, importsmitte, samt vaksineeffekt og bivirkninger. Instituttet har også styrket arbeidet med samfunnsøkonomiske analyser og modeller som gir kunnskap om bl.a. effektene av ulike smitteverntiltak og kapasitet i helsetjenesten. Beredskapsregisteret Beredt C19 har, i tillegg til å gi informasjon om smitteutvikling og sykdomsbyrde i sanntid, gitt grunnlag for analyser som har bidratt til bedre risikovurderinger og

kunnskap for håndteringen av pandemien. Det er jevnlig gjennomført ekstra datainnsamlinger for å kartlegge konsekvenser av pandemien, både i Den norske mor, far og barnundersøkelsen (MoBa), og i flere fylker gjennom fylkeshelseundersøkelsene (FHUS). Befolkningspanelet i Symptometer har gitt kunnskap om symptomer og testing i befolkningen. Overvåkingen har blitt løpende styrket, bl.a. gjennom en pilot for overvåking av avløpsvann, og videre utvikling er viktig både for de kommende fasene av covid-19 pandemien og for fremtidige helsekriser.

Folkehelseinstituttet vil bygge på arbeidet som ble gjort i Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19 og bidra til videre styrkning av nasjonalt samarbeid om ny kunnskap for håndteringen av covid-19 og fremtidige helsekriser.

God beredskap

God helseberedskap handler om evnen til å forebygge og oppdage helsetrusler raskt, og iverksette effektive tiltak som beskytter liv og helse når en krise inntreffer. Folkehelseinstituttet har en viktig rolle i Norges helseberedskap og en rekke spesialiserte operative funksjoner og nasjonale tjenester.

Folkehelseinstituttets beredskaps- og sikkerhetsansvar er bl.a. forankret i folkehelse-loven, helseberedskapsloven, smittevernloven og sikkerhetsloven, samt i overordnede nasjonale beredskapsplaner som Nasjonal helseberedskapsplan, Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa og Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer.

Overordnet beredskapsrolle

Instituttet driver kontinuerlig overvåking og tilbyr i beredskapssituasjoner kunnskapsstøtte for operative og strategiske beslutninger, samt råd og tjenester. Det gjelder særlig utbrudd av smittsomme sykdommer, miljø- og kjemikaliehendelser, men også andre helsekriser. Instituttet skal gi myndigheter og operative enheter kunnskapsstøtte og råd om forekomst, risiko og helsekonsekvenser av hendelser.

Spesialiserte beredskapsfunksjoner

På smittevernområdet har Folkehelseinstituttet ansvar for overvåking av den nasjonale epidemiologiske situasjonen og for helseanalyser og forskning. Instituttet gir faglig bistand og råd til andre myndigheter, bl.a. ved utbrudd av smitt-

somme sykdommer i kommuner. Under koronapandemien og andre større utbrudd er instituttet en sentral rådgiver for regjering, direktorater, kommunene, helsetjenesten, befolkningen og en rekke aktører i andre samfunnssektorer.

Folkehelseinstituttet har ansvar for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap i Norge med vekt på de nasjonale vaksinasjonsprogrammene. Under koronapandemien gjennomfører instituttet et omfattende vaksinasjonsprogram for befolkningen.

Instituttet driver nasjonalt mikrobiologisk beredskapslaboratorium for påvisning av høypatogene agens og mulige biologiske terroragens. Døgnåpne beredskapstelefoner inkluderer smittevern-vakt og mikrobiologisk beredskapsvakt. Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for varsler til og fra ECDC og WHO om grensekryssende helsetrusler.

Ved miljø-, stråle- og kjemikaliehendelser som kan skade helsen, bistår Folkehelseinstituttet kommuner, nødetater, helsetjenesten og befolkningen med råd om helserisiko forbundet med akutt eller langvarig eksponering. Innen miljø- og kjemikalieberedskap har instituttet nasjonale funksjoner som Nasjonal vannvakt, vaktordning for kjemikalieberedskap (akutte forgiftninger) i form av Giftinformasjonen, og døgnåpen varslingsordning for kommunenes varslingsplikt i forskrift om miljørettet helsevern.

Koronapandemien og videre utvikling av beredskapen

Folkehelseinstituttet har en nøkkelrolle i Norges håndtering av koronapandemien, i fremtidige pandemier og andre helsekriser. De viktigste oppgavene under koronapandemien er bl.a.:

- overvåking av pandemiens utvikling og av koronavaksinasjonsprogrammets effekt og sikkerhet
- å skaffe vitenskapelig kunnskapsgrunnlag
- rådgiving til sentrale og lokale myndigheter, helse- og omsorgstjenesten og befolkningen
- vaksineforsyning
- arbeidet ved det nasjonale referanselaboratoriet for koronavirus

Pandemihåndteringen i instituttet vil fortsette i 2023, i tråd med regjeringens beredskapsplan for videre håndtering av covid-19 pandemien. Det er fordi pandemien fremdeles pågår og kan blusse opp, og på grunn av omfattende restarbeid og oppfølging. Dette innebærer ikke minst oppfølging og drift av koronavaksinasjonsprogrammet. I 2023 tas det høyde for at det kan bli anbefalt oppfrisk-

ningsdose til alle personer 45 år og eldre og enkelte risikogrupper, inkludert enkelte barn og ansatte i helse- og omsorgssektoren med pasientkontakt. Pandemisituasjonen tilsier at deler av befolkningen sannsynligvis også i årene framover, vil ha behov for oppfriskningsdoser og/eller vaksiner som beskytter mot nye virusvarianter. Se også omtale under. kap. 710 Vaksiner mv.

Arbeidet med å utvikle helseberedskapen basert på erfaringene fra pandemien blir viktig i 2023. Overvåking av smittsomme sykdommer og virusvarianter er prioritert i instituttet.

Effektive tjenester og infrastruktur

Godt folkehelsearbeid bygger i økende grad på pålitelige helsedata. I kriser er det særlig viktig med sanntidsdata. Folkehelseinstituttet har ansvar for forvaltning av flere nasjonale helseregistre og helseundersøkelser i verdensklasse og andre tjenester som bidrar til gode data, som for eksempel biobanker og laboratorietjenester. Ansvarer innebærer innsamling, forvaltning og utlevering av data. Informasjon fra disse kildene har vært svært viktige i oppfølging av covid-19 pandemien og det er stor etterspørsel etter data fra disse kildene fra myndigheter både lokalt og nasjonalt, helsetjenestene, media og befolkningen, i tillegg til forskere og internasjonale organisasjoner. Videre bidrar instituttet til entydige definisjoner i helseregistrene, slik at data i større grad skal kunne analyseres på en effektiv måte på tvers av datakilder. Se omtale av Helsedataservice og tjenester for enklere tilgang til helsedata under kap. 744 Direktoratet for e-helse.

Helseregistre

Folkehelseinstituttet har i 2022 etablert et personidentifiserbart register for legemiddelbruk. Registeret inneholder informasjon om alle utleveringer av legemidler fra apotek. Informasjon fra registeret skal benyttes til forskning, helseovervåking og styring. Folkehelseinstituttet skal arbeide for at legemiddeldata fra institusjon kommer inn i registeret og målet er at all bruk av reseptpliktige legemidler blir registrert. Det vises til omtale under kap. 701, post 21.

Folkehelseinstituttet har i samarbeid med Direktoratet for e-helse bidratt til innføring av elektronisk melding om dødsfall og dødsårsak i helse- og omsorgstjenesten. Løsningen videreutvikles for tettere integrasjon med pasientjournalssystemene i sektoren, noe som gir lavere rapporteringsbyrde for klinikere. 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.

I forbindelse med endringene i Bioteknologiloven har Folkehelseinstituttet satt i gang et arbeid med å hente inn nye data om fosterdiagnostikk og assistert befruktning til fødselsregisteret. Instituttet vil være klar til å ta imot data, men er avhengig av at helseforetakene tilpasser sine systemer. I 2022 publiserer fødselsregisteret for første gang månedlige fødselstall. Målet er å jobbe videre mot sanntidsdata for stadig flere variabler.

Befolkningsbaserte helseundersøkelser

Folkehelseinstituttet har ansvar for flere befolkningsbaserte helseundersøkelser. De siste fem årene har også nye helseundersøkelser blitt etablert. Dataene fra helseundersøkelsene gir verdifull informasjon om helsetilstand, årsak til sykdom, livskvalitet og andre forhold som påvirker folkehelsen. Folkehelseinstituttet har ansvar for innsamling, forvaltning og utlevering av data og biologisk materiale fra helseundersøkelsene.

Den største pågående helseundersøkelsen er Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) som startet rekrutteringen i 1999 og har nærmere 0,3 mill. deltakere fra den norske befolkningen. MoBa består av omfattende spørreskjema-data og biologisk materiale innsamlet fra deltakerne. MoBa er unik i verdenssammenheng som kunnskapsressurs for sammenhenger mellom arv, genetik, miljø, sykdom og helse, og er en attraktiv ressurs for å utvikle presisjonsmedisin og persontilpasset medisin. Det er stor og økende etterspørsel om utlevering av data fra MoBa både nasjonalt og internasjonalt. Folkehelseinstituttet skal videreutvikle MoBa til en forvalter av biologiske data på en skalerbar og sikker måte i samsvar med den internasjonale utviklingen og med mulighet til å hevde seg i store europeiske satsinger (EU-søknader) for eksterne midler.

Folkehelseinstituttet har siden 2015 i samarbeid med fylkeskommunene etablert folkehelseundersøkelser i fylkene (FHUS). Målet er å finne frem til helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som påvirker den.

Folkehelseinstituttet skal etablere en nasjonal helseundersøkelse (NHUS) som skal være landsrepresentativ, og målet er å finne frem til helsetilstanden i befolkningen, herunder livskvalitet. Det er gjennomført en pilot i 2020 og undersøkelsen er planlagt gjennomført i 2023. Helseundersøkelse

sen vil dekke Norges befolkning og skal gi styringsinformasjon til helseforvaltningen og andre relevante samfunnssektorer.

Brukererfaringsundersøkelser

Folkehelseinstituttet gjennomfører jevnlig undersøkelser om brukererfaringer og brukeropplevd kvalitet for å fremskaffe representativ og pålitelig kunnskap om hvordan helsetjenesten oppleves av brukerne. Mål på brukeropplevd kvalitet er et viktig verktøy i helsetjenestenes arbeid med å forbedre sine tjenester.

Undersøkelsene er rettet mot både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og populasjonen er pasienter, brukere og foresatte/pårørende. Pasientrapporterte erfaringer med helsetjenester handler om individuelle oppfatninger om i hvilken grad helsetjenesteleveransen svarer til individuelle behov. Det gjennomføres jevnlig undersøkelser ved sykehusene og innenfor psykisk helsevern for barn og unge, samt løpende undersøkelser blant pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Folkehelseinstituttet er nasjonal prosjektleder for OECDs Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS) i Norge, med inklusjon av pasienter fra fastlegenes lister, og måler hvordan helse-systemene i OECD-landene fungerer for personer med kroniske lidelser.

Innbyggertjenester

Folkehelseinstituttet skal utvikle flere tjenester til innbyggere. Målet er at innbyggerne har innsyn i egne data og på en enkel måte kan gi verdifull informasjon til viktige formål. På denne måten kan innbyggere bli en ressurs i helsetjenesten og det bidrar til å bevare og øke tilliten til registrene. Det er utviklet flere innsyns- og samtykketjenester på helsenorge.no, herunder innsyn i egne vaksiner, innsyn i medisinsk fødselsregister og i løpet av pandemien har innbyggerne fått innsyn i registrert koronasmitte. I løpet av 2023 skal innbyggerne få innsyn i egne data i Legemiddelregisteret.

Folkehelseinstituttet har ansvaret for den nasjonale Giftinformasjonstjenesten, som er det nasjonale rådgivnings- og kompetanseorganet for akutte forgiftninger og forgiftningsfare. Informasjonstjenesten benyttes av både innbyggere og helsepersonell. Giftinformasjonen mottar henvendelser fra allmennheten og helsetjenesten 24/7 og svarer på i underkant 50 000 henvendelser per år, i

t tillegg til om lag 0,5 mill. årlige treff på nettsidene til allmennheten.

Enklere tilgang til helsedata

Folkehelseinstituttet bidrar i arbeidet med å videreutvikle Helsedataservice med felles søknads- og sakbehandlingstjenester, metadata, variabelutforskere og andre tjenester på helsedata.no. Dette er viktig for realisere så mye som mulig av gevinstene av de tjenestene som er utviklet i regi av Helsedataprogrammet.

Vaksinasjon

Folkehelseinstituttet sørger for landets vaksineforsyning. Dette innebærer ansvar for vaksineinnkjøp og distribusjon, samt rådgivning. Instituttet har i forbindelse med covid-19 pandemien etablert et koronavaksinasjonsprogram, jf. omtale over. Se også omtale under kap. 710 Vaksine mv.

Folkehelseinstituttet drifter i samarbeid med Legemiddelverket «System for innføring av vaksiner i offentlig regi». Prosessen som fører frem til en beslutning om at en vaksine skal finansieres av det offentlige må være forutsigbar, transparent og kunnskapsbasert. Viktige bidrag for å oppnå dette er gjennomføring av metodevarsling og metodevurdering, slik som for andre legemidler. En faglig referansegruppe, som består av representanter fra helsetjenesten, myndigheter og brukere, støtter instituttet i arbeidet med å identifisere behov for endringer i nasjonalt vaksinasjonsprogram. Referansegruppen skal gjenspeile bredden av de ulike funksjoner som berøres av vaksinasjonsspørsmål i landet.

Beredt C19

Folkehelseinstituttet har i tett samarbeid med Helseinspektoratet opprettet et beredskapsregister, kalt Beredt C19. Dette er et registerbasert system for overvåking og produksjon av analyser og kunnskap nødvendig i pandemihåndteringen. Registeret inneholder bl.a. daglig oppdatert informasjon om innleggelses og utskrivninger fra sykehus og bruk av primærhelsetjenester, både for covid-19 pasienter og andre, smitte, testing, vaksiner og bivirkninger av vaksinasjon i ulike grupper av befolkningen. Informasjonen gjør det mulig å følge med på og analysere sentrale forhold for håndteringen av pandemien daglig, og har bidratt til at myndighetene får bedre kunnskap for planlegging og håndtering av pandemien.

Bibliotek tjenester

Folkehelseinstituttet leverer flere bibliotekstjenester, herunder Helsebiblioteket. Helsebibliotekets avtaler gir helsepersonell fri tilgang til relevante kunnskapsressurser. Avtalene inkluderer tilgang til sentrale kliniske oppslagsverk.

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. juni 2022. 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, nytte- og risikovurderinger og andre typer kunnskapssynteser på mat-, helse- og miljøområdet på oppdrag fra Mattilsynet og Miljødirektoratet. Sekretariatet er norsk kontaktpunkt for Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA), deltar i EFSA Advisory Forum og i EFSA's faglige nettverk. VKM er vitenskapelig myndighet for konvensjonen om internasjonal handel med truede arter av vill flora og fauna (CITES) i Norge. Administrativt er sekretariatet en egen organisatorisk enhet i Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet har ingen faglig instruksjonsrett over sekretariatet. I 2022 ble det opprettet ny komite for perioden 2022–2026. Det planlegges for at VKM blir evaluert i 2023.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter, herunder utgifter til

eksternfinansierte oppdrag. Se også nærmere omtale under post 01.

Sammenliknet med saldert budsjett 2022 foreslås, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell pris- og lønnsjustering, det å:

- øke bevilgningen med 10 mill. kroner i 2023 til utvidelse av Legemiddelregisteret til å omfatte legemiddelbruk i institusjon.
- redusere bevilgningen med 0,3 mill. kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.

Stortinget vedtok i november 2020 at det pseudonyme Reseptregisteret skulle omgjøres til et personidentifiserbart Legemiddelregister. Legemiddelregisteret er basert på og erstatter Reseptregisteret, som omfatter legemiddeldata fra apotek. Det foreslås 10 mill. kroner i 2023 til utvidelse av registeret til å omfatte legemiddelbruk i institusjon. Data fra institusjon til Legemiddelregisteret forutsetter at registeret tilpasses for å ta imot og behandle disse opplysningene. Videre må det settes opp integrasjoner fra behandlingsstedenes elektroniske kurveløsninger til et API for registeret, og informasjonen overføres med avtalt frekvens.

Det er ulik utviklings- og innføringstakt for elektroniske kurveløsninger i kommunene. Etablering av et komplett register er derfor et mål på sikt og i første omgang foreslås det å prioritere sentral utvikling ved Folkehelseinstituttet og overføring av data fra helseforetakene.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider. Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over generell prisjustering.

Kap. 3745 Folkehelseinstituttet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
02	Diverse inntekter	271 873	198 713	204 674
	Sum kap. 3745	271 873	198 713	204 674

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker bl.a. inntekter fra oppdrags- og bidragsfinansiert aktivitet og laboratorieprøver.

Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over generell prisjustering.

Kap. 746 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	376 248	355 802	375 521
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	31 601	32 261	32 482
	Sum kap. 746	407 849	388 063	408 003

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

- Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner til styrking av metodevurderingskapasitet, veiledning og internasjonalt samarbeid knyttet til metodevurdering og metodevarslings.
- Bevilgningen foreslås økt med 8 mill. kroner til styrking av regulatorisk og vitenskapelig veiledning og saksbehandling ved kliniske studier.
- Bevilgningen foreslås redusert med 8,2 mill. kroner til bl.a. saksbehandling av bivirkningsmeldinger under koronavaksinasjonsprogrammet, jf. omtale under kap. 745, post 01.

Samfunnsoppdrag

Legemiddelverkets samfunnsoppdrag er å være fag- og tilsynsmyndighet for legemidler og 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, likeverdige og raske tilgang til effektive legemidler og å legge til rette for forskning og innovasjon. For medisinsk utstyr skal Legemiddelverket påse at medisinsk utstyr som produseres og omsettes i Norge er trygt og sikkert.

Roller

Legemiddelverket er gjennom forskrifter tillagt forvaltningsmyndighet for regulering av legemiddel- og medisinsk utstyrsmarkedet.

Myndighetsfunksjoner

Legemiddelverket godkjenner hvilke legemidler som kan markedsføres i Norge og fastsetter prisen på reseptpliktige legemidler til mennesker. Legemiddelverket fatter videre vedtak om hvilke legemidler som skal gis forhåndsgodkjent refusjon innenfor blåreseptordningen hvis budsjettkonsekvensen er under fullmaktsgrensen. Legemiddelverket fatter vedtak om apotekkonsekusjon og om tilatelse til tilvirknings- og grossistvirksomhet med legemidler, og 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 representerer Norge i europeiske fora på området medisinsk utstyr, herunder MDCG (Medical Device Coordination Group), CAMD (Competent Authority Medical Devices) og diverse arbeidsgrupper i Europakommisjonen.

Markedstilsyn, utpeking og tilsyn av norsk kontrollorgan, regelverksutvikling og fortolkning 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 med markedsføringstillatelse til mennesker, opptak av legemidler for forhåndsgodkjent refusjon, hurtig metodevurdering av legemidler, endringer og vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll og tilsyn med aktører i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg har Legemiddelverket ansvar for håndtering av meldinger om legemiddelmangel og å løse akutte mangelsituasjoner. Videre inngår veiledning om riktig legemiddelbruk, godkjenning av legemiddelutprøvinger, utviklingsplaner for legemidler til barn og godkjenning av avansert terapi. Legemiddelverkets 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 (narkotikalistene) og forvalter ordningen med salg av legemidler utenom apotek. Videre er Legemiddelverket tilskuddsforvalter for Relis (regionale legemiddelinformasjonsentre) og Vetlis (Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsenter) og Norsk Legemiddelhåndbok.

Legemiddelverket forvalter regelverket for medisinsk utstyr og fører tilsyn med at regelverket etterleves. Sentrale forvaltningsoppgaver er veiledning av aktørene og tilsyn med markedsaktørene og tekniske kontrollorgan. Legemiddelverket skal arbeide aktivt for at relevante aktører er kjent med gjeldende regelverk, og være en pådriver for å formidle viktig informasjon om sikkerhet ved medisinsk utstyr. Legemiddelverket forvalter en ordning med registrering av homøopatiske legemidler, og fra 2018 har Legemiddelverket hatt 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 legemiddel- og medisinsk utstyrsområdet. Legemiddelverket skal sammenstille kunnskap og erfaringer, og gjennomføre utredninger og situasjonsanalyser innenfor etasens ansvarsområder.

Kommunikasjon

Legemiddelverket 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. Staten skal ha en bred kontaktflate og bidra til gode helse- og omsorgstjenester.

Årsverk

Legemiddelverket hadde om lag 317 årsverk ved utgangen av 2021. Antall årsverk inkluderer flere midlertidige engasjementer og administrative ansettelse på grunn av koronapandemien. Legemiddelverket fikk ansvaret for området medisinsk utstyr i 2018.

Post 01 Driftsutgifter

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

Sammenliknet med saldert budsjett 2022 foreslås følgende endringer, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner til styrking av metodevurderingskapasitet, veiledning og internasjonalt samarbeid knyttet til metodevurdering og metodevarsling.
- Bevilgningen foreslås økt med 8 mill. kroner til styrking av regulatorisk og vitenskapelig veiledning og saksbehandling ved kliniske studier.
- Bevilgningen foreslås redusert med 8,2 mill. kroner til bl.a. saksbehandling av bivirkningsmeldinger under koronavaksinasjonsprogrammet, jf. omtale under kap. 745, post 01. Legemiddelverket fikk i 2022 19,2 mill. kroner under koronavaksinasjonsprogrammet, og det foreslås 11 mill. kroner til dette arbeidet i 2023.
- Bevilgningen foreslås redusert med 1 mill. kroner knyttet til forventede budsjettgevinster fra endrede jobbreisevaner som følge av pandemien, jf. nærmere omtale under kap. 2.
- Bevilgningen foreslås redusert med 0,5 mill. kroner knyttet til ferdigstilling av oppdrag om legemiddelreservasjoner uten faglig begrunnelse.
- Bevilgningen foreslås økt med 4,1 mill. kroner mot tilsvarende økning på kap. 3746, post 04.

God kvalitet ved behandling med legemidler

Søknader om markedsføringstillatelser 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 arbeidet gjennom arbeidsdeling, påvirke godkjenning og bruk av legemidler samt påvirke utforming av det europeiske regelverket. Dette europeiske samarbeidet har vært viktig under pandemien, både for tilgangen til legemidler og nye vaksiner mot covid-19.

Innen legemidler til dyr er legemidler til fisk et spesielt viktig område, da tilgang på effektive vaksiner og andre legemidler har stor betydning for oppdrettsnæringen. Nytt EØS-regelverk for legemidler til dyr trådte i kraft i januar 2022, jf. Prop. 102 LS (2021–2022), og forventes å tre i kraft i Norge i løpet av 2022. Vesentlige endringer er at alle legemidler til dyr skal behandles innenfor det europeiske samarbeidet. Det inkluderer også legemidler og vaksiner til fisk, hvor mange søknader til nå har blitt behandlet nasjonalt.

Antall preparater med markedsføringstillatelse på det norske markedet er i løpet av de siste ti årene mer enn firedoblet. Samtidig er legemiddelmangel en økende nasjonal og internasjonal utfordring. Det skyldes i stor grad avhengigheten av globale produksjons- og forsyningskjeder. 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. Legemiddelverket har opprettet samarbeid med Legemiddelindustrien (LMI), Farma Norge, Apotekforeningen, Helsedirektoratet, Oslo universitetssykehus HF og legemiddelgrossister for å håndtere utfordringen best mulig. Legemiddelverket er også aktiv i nordisk og europeisk samarbeid på området og arbeider aktivt i EU-fora for å bekjempe årsakene til legemiddelmangel. I 2019 innførte Legemiddelverket en mer brukervennlig web-basert oversikt over mangelsituasjoner, med mulighet for søk, sortering og lenke til aktuelle nyhetssaker. Denne oversikten oppdateres daglig. I 2020 ble det innført elektroniske meldeskjemaer som innebærer bl.a. at melder mottar kvittering for skjema/innmelding.

Våren 2020 ble det også innført midlertidige regler for å ivareta tilgangen til legemidler i Norge under koronapandemien.

Bivirkningsovervåking av legemidler til mennesker er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Bivirkningsmeldinger samles i det nasjonale Bivirkningsregisteret ved Legemiddelverket. Data i dette registeret deles internasjonalt. Dette samarbeidet gjør at nye bivirkninger kan identifiseres raskt og at harmoniserte tiltak kan settes i verk.

Legemiddelverket bidrar inn i koronavaksinasjonsprogrammet, og har bl.a. ansvar for saksbehandling av bivirkningsmeldinger, analyse og signaldeteksjon, kobling av registerdata samt kommunikasjon til helsepersonell og allmennheten. I 2023 foreslås en bevilgning på 11 mill. kroner til bl.a. saksbehandling av bivirkningsmeldinger, analyse og signaldeteksjon, kobling av registerdata, koordinering med FHI, rapportering og kommunikasjon til helsepersonell og allmennheten og IT-relaterte utviklingsoppgaver knyttet til Bivirkningsregisteret for 2023. Antall bivirkningsmeldinger under koronavaksinasjonsprogrammet har vært høyt, og da det forventes en vaksinerings også i vintersesongen 2022/23, vil det også være behov for å videreføre arbeidet med bivirkningsmeldinger i 2023.

Bivirkningsregisterforskriften ble gjort gjeldende fra 1. januar 2020 og med dette er også meldeplikt for alvorlige og uventede bivirkninger utvidet til å gjelde for alle typer helsepersonell. Felles meldeportal for uønskede hendelser har fått nye tjenester og skiftet navn fra «En vei inn» til «melde.no» i 2021. Melde.no inkluderer bivirkninger av vaksiner, legemidler, kosmetikk, kosttilskudd, medisinsk og elektromedisinsk utstyr, varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten og uønskede hendelser knyttet til blod, celler og vev og organer (biotilgjans). Melde.no skal gjøre det enklere for helsepersonell, pasienter og pårørende å melde hendelser og å redusere underrapportering, slik at pasientsikkerheten kan forbedres. Portalen er blitt viktig i koronavaksinasjonsprogrammet, bl.a. ved melding av bivirkninger av vaksiner. Videreutvikling av melde.no vil fortsette i 2023 i samarbeid med eierne av ordningene og finansieres i tråd med modellen som er etablert mellom Norsk helsenett SF og aktørene. Det vises til omtale under kap. 701, post 71.

Målsetning for Legemiddelverkets tilsynsaktivitet er tilsyn med om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden årlig. I tillegg føres det tilsyn med kliniske legemiddelutprøvin-

ger, 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.

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. Gjennom felles EØS-regelverk er det innført skjerpede krav til aktørene i distribusjonskjeden og til netthandel med legemidler. Legemiddelverkets tilsynsoppgaver har dermed økt. I 2019 ble det innført krav til unik identifisering av hver enkelt legemiddelpakning i EU/EØS-området og Legemiddelverket fører tilsyn med aktørene i Norge sin ivaretagelse av disse kravene.

For å avdekke nye stoffer og stoffgrupper som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripes, Tolletaten og Folkehelseinstituttet. Før oppføring vurderer Legemiddelverket om kriteriene for oppføring på narkotikalistene er oppfylt, bl.a. hvor vanedannende og farlig et stoff er.

Legemiddelverket informerer om riktig medisinsk og 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 ekspedisjonsstøtte (Fest), som en del av e-reseptløsningen. Fest muliggjør oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journal-systemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journal-system 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, og planlegges utvidet til andre informasjonskanaler. Gjennom Safest-prosjektet etableres og tilgjengeliggjøres en kilde til strukturert legemiddelinformasjon som understøtter behovene i sykehus. Prosjektet er et samarbeid mellom Legemiddelverket, de regionale helseforetakene, sykehusapotekene og Direktoratet for e-helse. Prosjektet omfatter fire informasjonsområder, herunder datakvalitet, virkestoffforskrivning, produktkoder og ernæringsprodukter. Deler av løsningen er satt i drift i 2021. Prosjektet for-

ventes å være ferdig tidlig i 2023. Løsningen skal forvaltes av Legemiddelverket i samarbeid med overnevnte aktører.

Medisinsk utstyr

Produktregelverket for medisinsk utstyr er harmonisert innenfor EØS og nytt EØS-regelverk for medisinsk utstyr (MDR) ble gjeldende fra mai 2021. Nytt EØS-regelverk om in-vitro medisinsk utstyr (IVDR) ble gjeldende i mai 2022. Nye lovgivningsrammer skjerper kravene til medisinsk utstyr. Formålet er at utstyret skal være trygt, sikkert og effektivt når det plasseres på markedet og tas i bruk. I tillegg skal nytt regelverk fremme innovasjon av medisinsk utstyr. Rollen som fag- og tilsynsmyndighet er med nytt regelverk betydelig utvidet. Legemiddelverkets oppgaver innenfor medisinsk utstyrsfeltet omfatter bl.a. forvaltnings- og rådgivningsoppgaver, tilsyn overfor produsenter, importører, distributører og teknisk kontrollorgan, markedsovervåking, tollsamarbeid, oppfølging av meldinger om svikt og uhell, vurdering av søknader om klinisk utprøving/ytelsesstudier samt internasjonalt samarbeid på feltet.

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. Software kan også være medisinsk utstyr. Nytt regelverk utvider produktomfanget betydelig, og kan også inkludere produkter uten et medisinsk formål.

Legemidler skal ha lavest mulig pris

For å sikre lavest mulig pris på reseptpliktige legemidler fastsettes apotekenes maksimale innkjøpspriser (AIP) som gjennomsnittet av de tre billigste av ni land i Vest-Europa. Disse prisene revurderes årlig for de mest omsatte legemidlene. For å utnytte konkurransen i markedet for byttbare legemidler er trinnprissystemet innført. Trinnprissystemet omfatter 147 virkestoffer. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen.

Apotekloven ble i 2021 endret slik at biotilsvarende legemidler kan omfattes av bytteordningen i apotek. Departementet har videre vedtatt endringer i legemiddelforskriften og blåreseptforskriften som omhandler konkrete kuttsatser ved trinnpris for biologiske legemidler samt tekniske endringer for å oppdatere forskriftsverket i tråd

med endringene i apotekloven. Regelverksendringene legger til rette for at bytteordningen fremover kan forvaltes i takt med den medisinske og regulatoriske utviklingen, slik at potensialet for konkurranse og lavere legemiddelpriser kan utnyttes best mulig.

Likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler

Legemiddelverket har ansvar for å utføre hurtig- og forenklete metodevurderinger av legemidler i systemet for nye metoder i spesialisthelsetjenesten og folketrygdfinansierte legemidler, og fatter beslutning om opptak på forhåndsgodkjent refusjon i blåreseptordningen. Legemiddelverket har ansvaret for å tidlig varsle om nye legemidler som forventes å komme til Norge.

Det foreslås å øke bevilgningen med 10 mill. kroner til styrking av metodevurderingskapasitet, veiledning og internasjonalt samarbeid knyttet til metodevurdering og metodevarslings.

Legge til rette for forskning og innovasjon

Nytt EØS-regelverk for klinisk utprøving av legemidler til mennesker trådte i kraft i januar 2022. Vesentlige endringer er at søknader om kliniske utprøvinger som involverer flere land skal sendes inn i en felles europeisk portal og det skal gis ett svar tilbake fra myndighetene. Allmennheten vil få mulighet til innsyn i hvilke studier som er planlagt eller pågår og resultater av avsluttede studier gjøres kjent gjennom denne portalen. Legemiddelverket har fått ekstra oppgaver knyttet til å koordinere den nasjonale delen av prosessen mellom Legemiddelverket og den etiske komitéen for legemiddelutprøving. Legemiddelverket gir innovasjonsstøtte til bedrifter og academia gjennom veiledning og råd innen legemiddelutvikling, klinisk forskning (legemidler og medisinsk utstyr) og metodevurdering. Legemiddelverket har en viktig rolle i oppfølgingen av Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025, og skal bl.a.

bidra til at data om kliniske utprøvinger av legemidler som gjennomføres i sykehusene fortsatt er tilgjengelig når ny løsning for slike studier innføres som følge av ny legemiddelforordning. Videre er Legemiddelverket sentrale i oppfølgingen av planens innsatsområde som handler om bedre rådgivning og raskere godkjenning av kliniske studier. Det forventes større satsing på innovasjon og bedriftsetablering innen helseområdet i årene som kommer. For å øke sannsynligheten for å lykkes med å utvikle 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 tilfeller avgjørende for når pasientene får reell tilgang til legemidlet. God og relevant dokumentasjon om kostnadseffektivitet er sentral for denne beslutningen, og det er derfor viktig med nasjonal rådgivning også når det gjelder krav til dokumentasjon for bruk i metodevurderinger før det settes i gang kliniske studier.

Registreringsordning for elektroniske sigaretter

EUs tobakksdirektiv oppstiller nye registrerings- og produktkrav for e-sigaretter. Gjennomføringen av direktivet er forsinket på grunn av EU/EØS-prosesser, men departementet forventer at det vil tre i kraft i Norge første halvår 2023. Legemiddelverket får da nye oppgaver som ansvarlig for ordningen. Legemiddelverkets kostnader til etablering og tilsyn med registreringsordningen dekkes av registreringsgebyr, jf. kap. 3746, post 04, og tilsynsavgift, jf. kap. 5572, post 74.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Posten omfatter Legemiddelverkets kostnader knyttet til oppdragsvirksomhet/inntekstgivende arbeid bl.a. innenfor det europeiske samarbeidet på legemiddelområdet, jf. kap. 3746.

Kap. 3746 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2023
		2021	Saldert budsjett 2022	
02	Diverse inntekter	63 457	35 761	36 834
04	Registreringsgebyr	57 422	80 550	87 067
	Sum kap. 3746	120 879	116 311	123 901

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 og narkotikasertifikater, godtgjørelse og refusjoner fra EMA samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

Post 04 Registreringsgebyr

Bevilgningen dekker bl.a. 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 10,3 mill. kroner av bevilgningen knyttet til en registreringsordning for e-sigaretter, jf. omtale under kap. 746, post 01. 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 for 2023.

I tråd med bestemmelsene om statlig gebyr- og avgiftsfinansiering skal gebyrene være i tråd med kostnaden av å produsere og levere den tjenesten gebyrene skal dekke. Inntektene foreslås derfor økt med 4,1 mill. kroner mot tilsvarende økning på kap. 746, post 01.

Kap. 747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	120 868	121 863	152 240
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	6 509	16 642	14 063
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 651	4 849	4 946
	Sum kap. 747	132 028	143 354	171 249

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

- Bevilgningen foreslås økt med 15,3 mill. kroner knyttet tilsynsavgift og konsesjonsgebyr etter atomenergiloven § 57.
- Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner til etablering av en faglig støtteorganisasjon (TSO) og til økt kapasitet i DSA til råd og veiledning knyttet til dekommisjoneringsarbeidet.

Samfunnsoppdrag

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. DSA arbeider for å redusere negative følger av stråling ved å påse at all håndtering av strålekilder, all medisinsk strålebruk, all håndtering av radioaktivt avfall og utslipp samt avvikling og opprydding av atomanlegg (dekommisjonering) gjennomføres riktig og forsvarlig. Videre arbeider DSA for å redu-

sere eksponering for radon og UV, og overvåker stråling i miljøet og næringsmidler. DSA arbeider for økt atomsikkerhet både nasjonalt og internasjonalt, og bidrar til ikke-spredning av radioaktivt materiale. DSA skal sikre en forsvarlig atomberedskap med god krisehåndteringsevne.

Roller

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet utøver sitt samfunnsoppdrag bl.a. ved å forvalte regelverk, føre tilsyn, informere, overvåke, veilede og bygge og forvalte kunnskap innen etatens områder. DSA er fag- og forvaltningsmyndighet på områdene strålevern, atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall. DSA overvåker naturlig og kunstig stråling, driver forsknings- og utviklingsvirksomhet og deltar i internasjonale prosjekter på strålevern- og atomsikkerhetsområdet. DSA leder den nasjonale tverrsektorielle atomberedskapen. DSA er nasjonalt referansela-

boratorium på vegne av Justervesenet for måleenheter innenfor stråling og radioaktivitet.

Myndighetsfunksjoner

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har selvstendig beslutningsmyndighet etter strålevernloven, atomenergiloven og forurensingsloven. 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 er innstillende myndighet overfor Forsvarsdepartementet etter atomenergiloven når det gjelder anløp av militære reaktordrevne fartøy. DSA leder, har sekretariat og operasjonslokale for den nasjonale atomberedskapen.

Forvaltningsoppgaver

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har ansvar for forvaltning og tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning, med de to atomanleggene i Norge, ved anløp av reaktordrevne fartøyer og med radioaktive utslipp og håndtering av radioaktivt avfall. DSA forestår forvaltning av tilskuddsmidler under regjeringens Atomhandlingsplan. DSA skal holde oversikt over stråledoser til yrkeseksponerte, pasienter, befolkningen og i miljøet fra alle strålekilder, og øke kunnskapen om forekomst, risiko og effekt av stråling. Data om tilstand og endringer over tid danner grunnlaget for forvaltning, vurderinger og for nasjonal og internasjonal rapportering.

Fagutvikling og internasjonalt samarbeid

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har spesifikk kompetanse innenfor sine fag- og ansvarsområder. DSA samordner og fokuserer kunnskapsarbeidet gjennom iverksettelse av en ny kunnskapsstrategi. Med nye oppgaver kreves ny kompetanse bl.a. til avvikling av de nukleære anleggene i Halden og Kjeller og etablering og forvaltning av protonterapi behandling. Dette omfatter både å videreutvikle kompetanse og kunnskap samt bruke eksterne ekspertise. For å sikre dette har DSA bl.a. opprettet en egen rådgivende komite med eksterne eksperter på området reaktorsikkerhet og håndtering av brukt brensel. DSA deltar i et Senter for fremragende forskning (CERAD) finansiert av Forskningsrådet, i samarbeid med Norges miljø- og biovitenskapelige uni-

versitet, Folkehelseinstituttet, Meteorologisk institutt og Norsk institutt for vannforskning. DSA er del av Framsenteret og deltar i kunnskapsprosjekter om klimaendringer, miljøpåvirkninger og beredskap i Arktis. DSA deltar i nordiske, EØS- og EU-finansierte prosjekter. Slik aktivitet bidrar til å videreutvikle kompetanse som er nødvendig for å ivareta DSAs ulike myndighets- og forvaltningsoppgaver. Videre følger DSA kontinuerlig med på ny kunnskap, normer og anbefalinger som utvikles i internasjonale fora, blant andre International Atomic Energy Agency (IAEA), Heads of the European Radiological Protection Competent Authorities (HERCA), OECD Nuclear Energy Agency (NEA), International Electrotechnical Commission (IEC), WHO og United Nations Scientific Committee on Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR) og legger dette til grunn for videreutvikling av nasjonal forvaltning.

Kommunikasjon

DSA har som hovedmål å formidle kunnskap til samfunnet innenfor sine fagområder, for på den måten å bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt og til å påvirke beslutninger og atferd til vern for helse og miljø. DSA har særskilte kommunikasjonsoppgaver knyttet til nasjonal atomberedskap. Gjennom landsomfattende befolkningsundersøkelser får DSA kunnskap om endringer i befolkningens kjennskap og holdninger til temaer som angår beredskap, strålevern og atomsikkerhet.

Årsverk

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet hadde om lag 136 årsverk i 2021, mot om lag 127 årsverk i 2020.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Sammenliknet med saldert budsjett 2022 foreslås følgende endringer, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris- og lønnsjustering:

- Bevilgningen foreslås økt med 15,3 mill. kroner mot tilsvarende økning på kap. 3747, post 04 knyttet til økt tilsynsavgift og konsesjonsavgift etter atomenergiloven § 57, jf. nærmere omtale under kap. 3747, post 04.
- Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon på post 21. Midler til økt rådgivning og veiledning i forbindelse med

dekommisjonering av Institutt for energiteknikk (IFE) er plassert på feil post.

- Bevilgningen under posten foreslås økt med 10 mill. kroner til etablering av en faglig støtteorganisasjon (TSO) og til økt kapasitet i DSA til råd og veiledning knyttet til dekommisjoneringsarbeidet, og med særlig vekt på etableringen av TSO.
- Bevilgningen under posten foreslås redusert med 200 000 kroner knyttet til forventede budsjettgevinster fra endrede jobbreiser som følge av pandemien, jf. nærmere omtale under kap. 2.
- Bevilgningen under posten foreslås redusert med 200 000 kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.

Technical Support Organisation (TSO)

Det foreslås å etablere en teknisk støtteorganisasjon innen strålevern og atomsikkerhet, som er anbefalt av Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA) jf. omtale over. TSOen skal bestå av høykompetente eksperter som skal gi råd til DSA i forbindelse med dekommisjoneringsprosessen.

Oppfølging av Integrated Regulatory Review Service (IRRS).

DSA skal i 2023 fortsette å følge opp relevante forslag fra det internasjonale atomenergibyråets (IAEA) Integrated Regulatory Review Service (IRRS), basert på utredningen og en tiltaksplan.

Medisinsk diagnostikk og behandling, nye utfordringer

DSA skal overvåke medisinsk strålebruk basert på statistikk og styringsdata tilgjengeliggjort fra Norsk pasientregister, som har operert som et nøkkelregister for DSA fra 2020. DSA skal bistå Helsedirektoratet, i samarbeid med relevante myndigheter og rapporterende virksomheter, med å øke kvalitet og kompletthet av innrapporterte data innen medisinsk strålebruk til Norsk pasientregister. Norge etablerer tilbud om strålebehandling med protoner. To protonanlegg skal stå klar til å ta imot pasienter i løpet av 2024. I 2023 skal DSA fortsatt utvikle nødvendig kompetanse for å forvalte fagdirektorats- og myndighetsoppgaver knyttet til strålevern og strålebruk ved protonbehandling. Parallelt med utbyggingen av

protonbehandling, utbygges kapasitet på konvensjonell strålebehandling ved flere helseforetak. DSA skal, ved risikobasert og effektiv forvaltning, følge etableringen av nye strålebehandlingsenheter og nye strålegivende behandlingsmetoder for å sikre at strålevern og sikkerhet blir ivaretatt i utbyggingen. Videre skal DSA arbeide for at kvalitetssikring av nye strålegivende behandlingsmetoder er en del av DSAs kvalitetssikringsarbeid i stråleterapi (KVIST). Strålegivende medisinsk utstyr og strålegivende prosedyrer er i kontinuerlig utvikling. I 2023 skal DSA, gjennom sitt engasjement i Nye metoder, arbeide videre for at strålevern blir ivaretatt ved innføring og utfasing av strålegivende utstyr og nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Medisinsk strålebruk er et viktig og livreddende medisinsk verktøy i helsetjenesten. Feil eller uhell kan potensielt føre til alvorlig skade på pasient, eller redusert behandlingresultat. DSA arbeider for å redusere antall uønskede, alvorlige strålerelaterte hendelser i medisinsk strålebruk ved kontroll av helsetjenestens system for melding og håndtering av uønskede hendelser ved tilsyn, og ved løpende dialog og samhandling med fagmiljøene i strålebehandling gjennom KVIST-arbeidet. I 2023 skal DSA fortsette dette arbeidet, og delta i endringsråd for nasjonal meldeportal «melde.no».

Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk (2017) avdekket store forskjeller mellom geografiske områder i bruken av radiologiske undersøkelser som MR og CT. I tillegg viste undersøkelsen at en viss andel av gjennomførte radiologiske undersøkelser, ikke var berettigede eller kunne ha konsekvens for videre behandling eller oppfølging av pasienten. Forslag til Strategi for rasjonell bruk av bildediagnostikk (Helsedirektoratet 2019) pekte på ulike effektmål som kunne vurderes, men det har grunnet pandemien ikke vært anledning til å følge opp forslaget. Strålebruken i veterinærmedisin er økende, og mer avanserte strålegivende metoder tas i bruk i veterinærklinikker og ute hos dyreeiere. Dette innebærer en økt stråleeksponering og risiko for arbeidstakere og dyreeiere. DSA skal påse at strålebruken i veterinærmedisinske virksomheter utøves på en sikker og forsvarlig måte for ansatte og allmennheten.

Atomsikkerhet og miljø ved avvikling av nukleære anlegg – nye utfordringer

Institutt for energiteknikk (IFE) eier og driver de to atomanleggene i Norge. I 2018 og 2019 besluttet IFE å stenge forskningsreaktorene i Halden og

på Kjeller. Halden-reaktoren er imidlertid fortsatt i operativ tilstand da brenselementene ikke er fjernet, og IFE søkte i 2019 om ny konsesjonen til å eie og drive atomanlegget i Halden for ti nye år fra 1. januar 2021. Beslutning om ny konsesjon ble vedtatt i statsråd i slutten av 2020. I tråd med konsesjonen for atomanlegget på Kjeller, arbeider IFE med oppgraderinger av sikkerhetsrapporten for atomanlegget, inkludert avfallslagrene for å oppfylle internasjonale sikkerhetsstandarder, internasjonal praksis og nasjonale lovkrav, og forberede avvikling og dekommisjonering. I sin innstilling til konsesjon for atomanlegget på Kjeller påpekte DSA spesielt at sikkerheten ved lageret for historisk brukt brensel, JEEP I stavbrønn, ikke er akseptabel og at det er behov for spesiell oppfølging. I Halden-konsesjonen er det lagt inn krav om jevnlig rapportering til DSA for status på Halden-reaktoren.

I overgangsfasen mot dekommisjonering vil det være fokus på tilstanden ved begge atomanleggene, oppgradering av sikkerhetsrapporten, krav til forsvarlig og tilstrekkelige lagringskapasitet for det brukte brenselet, samt planlegging for dekommisjonering. Overgangen mot en avviklings- og oppryddingsfase for begge reaktorene og senere for hele atomanleggene, er pågående, og det må gjøres et betydelig planleggings- og kartleggingsarbeid i denne fasen. Avviklingen og oppryddingen forventes å pågå over to tiår, og skaper nye oppgaver og utfordringer både for IFE som ansvarlig operatør og for DSA som forvaltnings- og tilsynsmyndighet. DSA skal fortsette å følge opp IFEs sikkerhets- og sikringsarbeid som beskrevet i de nye konsesjonene for atomanleggene på Kjeller og i Halden, også under arbeidet med avvikling reaktorene og tilhørende anlegg (verksteder, avfallslagrene mv.).

I 2018 etablerte Nærings- og fiskeridepartementet er nytt nasjonalt organ for opprydding etter nukleær virksomhet inklusiv avfallshåndtering, Norsk nukleær dekommisjonering (NND). NND må søke om nye konsesjoner for de nukleære anleggene og DSA må revidere og gjennomgå sikkerheten og sikkerhetsrapportene for anleggene det søkes for, og avgi innstillinger til konsesjon. NND blir operatør og et nytt tilsynsobjekt for DSA. DSA skal veilede NND i søknadsprosessen, og rådgi departementene i oppfølging av konseptvalgutredningene knyttet til dekommisjonering og håndtering av brukt brensel og radioaktivt avfall fra atomanleggene.

Anløp reaktordrevne fartøy

Antallet anløp av reaktordrevne fartøy til norske farvann er økende. DSA skal i 2023 videreføre sitt arbeid med å styrke sin rolle som forvaltnings- og tilsynsmyndighet for anløp og gjennomgå beredskapsplaner på både militær og sivil side, særlig gjelder dette oppfølgingen ved den nyetablerte anløpshavnen i nord. Utvikling av beredskapsystemer og samvirke med regionale og lokale beredskapsaktører, samt overvåking av radioaktiv forurensing, vil være fokusområder.

Nukleært og radioaktivt materiale, sikkerhet og ikke-spredning

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal i 2022 prioritere oppfølging av anbefalingene fra IAEAs evaluering fra 2015 av Norges gjennomføring av forpliktelsene i Konvensjonen om fysisk sikring. Arbeidet innebærer bl.a. pålegg om tiltak av sikkerhetsmessig art, 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 ved årsskiftet 2017/2018. DSA leder Myndighetsforumet som består av DSA, Politiets Sikkerhetstjeneste (PST), Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM), Politidirektoratet (POD) og Tollvesenet for å hindre at nukleært og radioaktivt materiale kommer på avveie og for sikring av norske atomanlegg. Videre skal DSA følge opp forpliktelsene med kontroll av nukleært materiale i henhold til ikkespredningsavtalen og safe-guardsavtalen med IAEA. Norges arbeid internasjonalt med å hindre smugling av nukleært og radiologisk materiale som kan brukes i terrørsammenheng skal intensiveres. Styrket grensekontroll for å hindre smugling av nukleært og annet radioaktivt materiale er et viktig element i dette arbeidet.

I 2023 skal DSA videreføre arbeidet med å bidra til å redusere risikoen for hendelser i våre nærrområder for å hindre at nukleært materiale kommer på avveier. Krigen i Ukraina gjør dette arbeidet viktigere enn noen gang, og setter nye krav til tiltak for å sikre nukleære anlegg og radioaktivt materiale. Det vil være økt behov for tiltak for styrket atomsikkerhet i Ukrainas nærrområder i en situasjon med ustabilitet og uro. DSA skal delta aktivt i det internasjonale arbeidet knyttet til ikkespredning av kjernevåpen og radioaktivt materiale samt for verifikasjon av nedrusting, og bistå Utenriksdepartementet i eksportkontrollarbeidet.

Radioaktive strålekilder til industriell strålebruk

I Norge er det registrert 4000 radioaktive strålekilder innenfor ulike typer industri og forskning. I 2021 gjennomgikk og reviderte strålevernregelverket og annet relevant regelverk med tanke på sikkerhet og sikring ved innførsel, transport, bruk og avhending av radioaktive kilder. DSA skal i 2023 styrke sin evne til å kontrollere og føre tilsyn med virksomheter for å redusere risikoen for uhell, tyveri, sabotasje og ondsinnede handlinger med bruk av radioaktive kilder, og forhindre at radioaktive kilder blir eierløse og kommer på avveie, samt ivareta sikkerhet og sikring i de ulike situasjonene.

Beredskap, trusselbilde i endring

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet skal lede arbeidet for ytterligere styrking av den operative krisehåndteringsevnen for den norske atomberedskapsorganisasjonen. DSA skal følge opp arbeidet med det syvende dimensjonerende beredskapsscenarioet som er knyttet til bruk av atomvåpen i eller i nærheten av Norge. DSA skal videreutvikle kompetansegrunnlaget for atomberedskapen, herunder gjøre løpende trusselvurderinger. Endringer i trusselbildet skal tas opp i planverk og aktiviteter for å møte endrede behov i beredskap. Arbeidet skal ha fokus på å videreutvikle målekapasiteter, modellverktøy og tiltaksstrategier som på sikt vil gi en ytterligere styrking av den nasjonale atomberedskapen. DSA vil som sekretariat for Kriseutvalget for atomberedskap være en sentral pådriver for dette. Nettverket med regionale målelaboratorier for radioaktivitet i mat bidrar til atomberedskapen. I 2023 skal DSA videreutvikle kompetansen i nettverket og gjennomføre øvelser for de regionale målelaboratoriene. Videre skal DSA i samarbeid med Mattilsynet følge opp strategien for håndtering av radioaktivitet i næringsmidler og fôr. DSA skal også operasjonalisere og øve beredskapsplanverk innenfor miljøsektoren med fokus på roller og ansvar. DSA skal planlegge og gjennomføre en stor atomberedskapsøvelse i 2023 med internasjonal deltakelse. Målsetningen er å forberede og øve hele den norske atomberedskapsorganisasjonen, herunder alle berørte sektorer på alle nivåer. Formålet er å gi et best mulig grunnlag for videreutvikling av den norske atomberedskapen.

Ultrafiolett stråling (sol og solarier) og radon, nasjonale strategier

Radon medvirker til rundt 400 lungekrefttilfeller årlig i Norge. Oppfølging av funn fra evalueringen av den nasjonale radonstrategien (2009–2020) vil bli vurdert ifb. med arbeidet med ny strategi. Reduksjon av radoneksposeringen krever tverrsektoriell innsats. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med den etablerte tverrsektorielle koordineringsgruppen bestående av ulike myndigheter med virkemidler på radonområdet. Dette i tråd med Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn* og anbefalingene fra Det internasjonale atomenergibyrådet sin gjennomgang av norsk strålevernforvaltning (IAEAs IRRS).

Elektromagnetisk stråling

Deler av befolkningen er bekymret for, og hevder å få plager av, elektromagnetiske felt knyttet til f.eks. utbygging av 5G i Norge. DSA følger utbyggingen av 5G tett og samarbeider godt med Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (NKOM). NKOM gjør regelmessige målinger, slik at myndighetene til enhver tid har god oversikt over eksponering fra elektromagnetiske felt. DSA leder et nasjonalt samarbeidsforum mellom offentlige myndigheter om helserisiko, eksponering fra elektromagnetiske felt og oppfølging i helsetjenesten.

Bruk av lasere i samfunnet

Laserbruken i samfunnet er omfattende og økende. Lasere benyttes til ulike formål, bl.a. innen forskning, utdanning, medisin, kosmetisk behandling, industri, underholdning, dekorasjon og i militære sammenhenger. Dagens regelverk tillater bruk av mange typer sterke lasere uten at det er krav til godkjenning. Det er kun krav til godkjenning fra DSA for sterke laserpekere. For å forhindre potensielt farlig bruk av lasere har DSA i 2020 foreslått regelverksendringer om bl.a. å innføre en utvidet godkjenningsplikt for lasere som brukes på offentlig sted. I 2023 vil DSA følge opp eventuelle regelverksendringer med informasjon, veiledning og tilsyn. Videre vil DSA følge opp bekymringsmeldinger relatert til bruk av laser i kosmetisk sammenheng og kosmetiske klinikker som bruker dette. DSA vil også etablere en samarbeidsarena for bruk og forvaltning av laser og andre ikke-ioniserende kilder sammen med landets helseforetak.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

- Bevilgningen under posten foreslås redusert med 3 mill. kroner mot tilsvarende økning over post 01, jf. omtale der.
- Bevilgningen under posten foreslås redusert med 19 000 kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjon

sjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeid herunder oppgradering, fornyelse og drift av basalt måleutstyr på atomberedskapsområdet.

Kap. 3747 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
02	Diverse inntekter	10 806	18 288	18 837
04	Gebyrinntekter	23 953	24 533	40 569
	Sum kap. 3747	34 759	42 821	59 406

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til prosjektfiansiering og salg av tjenester, f.eks. kalibrering av solarier og strålekilder i sykehus. Det er ingen vesentlige endringsforslag ut over gjennomgående budsjettiltak omtalt i Del I.

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 15,3 mill. kroner mot tilsvarende økning over kap. 747, post 01, jf. omtale der. Konsesjonsbehandlingsgebyret er anslått til 19,7 mill. kroner i 2023.

Kap. 748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	165 234	168 619	173 893
	Sum kap. 748	165 234	168 619	173 893

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

- Bevilgningen under posten er styrket med 3 mill. kroner til tilsyn med blod, celler, vev og organ.
- Bevilgningen under posten er redusert med 0,2 mill. kroner som følge av at det i saldert bud-

sjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.

- Bevilgningen under posten foreslås redusert med 0,4 mill. kroner knyttet til forventede budsjettgevinster fra endrede jobbreisevaner som følge av pandemien, jf. nærmere omtale under kap. 2.

- Bevilgningen under posten er redusert med 725 000 kroner som følge av redusert inntektskrav over kap. 3748, post 02.

Samfunnsoppdrag

Statens helsetilsyn og statsforvalterne utgjør den samlede tilsynsmyndigheten på helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester og barnevern. Befolkning og berørte virksomheter og deres ansatte skal møte et samlet tilsyn som er kompetent og tillitsskapende, uavhengig av hvor i Norge man bor.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret for tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid. Som overordnet tilsynsmyndighet skal Statens helsetilsyn bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i tjenestene, bidra til rettsikkerhet og styrke befolkningens tillit til tjenestene. Tilsyn bidrar til forbedring av tjenestene og understøtter virksomhetenes ansvar for gode og trygge tjenester. Dette fremgår bl.a. av DFØ-rapport 2020:9 Statlig tilsyn med kommunene. Statens helsetilsyn er i tillegg overordnet myndighet for klager om manglende innfrielse av rettigheter.

Det overordnede tilsynsansvaret innebærer å følge med på sosiale og helsemessige forhold i befolkningen med særlig vekt på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter. For at tilsyn skal ha effekt og bidra til varige endringer i tjenestene må tilsynsmyndighetene rette ressursene mot praksis der det er høy sannsynlighet for at brukere kan bli utsatt for svikt og mangler i tjenesteytingen. Bruken av virkemidler og reaksjoner skal være målrettet. For å få til forbedring og øke sikkerheten i tjenestene må Statens helsetilsyn ha god faglig styring av tilsynet. Det innebærer å koordinere og harmonisere tilsynet som utføres av statsforvalterne, slik at tilsynet har høy kvalitet og at det ikke er utilsiktede variasjoner mellom statsforvalterne.

Statens helsetilsyn skal videreutvikle effektiv tilsynsmetodikk, slik at nødvendige endringer skjer og forholdene bringes i tråd med kravene. Metodikken i tilsynet skal være gjenkjennelig, etterrettelig og forutsigbar, samtidig som den stadig videreutvikles og forbedres. Statens helsetilsyn og statsforvalterne skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alt tilsyn for å forstå situasjoner og hendelsesforløp bedre. Det overordnede målet for tilsynsmyndigheten gjennom klagebehandling, tilsyn og rådgivning er å bidra til at:

- rettsikkerhet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene 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

For å bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i de aktuelle tjenestene, har Statens helsetilsyn ulike roller. Disse er å:

- utøve overordnet faglig styring av statsforvalternes tilsyn med tjenestene.
- formidle tilsynserfaringer til nytte for samfunnet.
- være forvaltningsmyndighet i samsvar med gjeldende lover og forskrifter.
- gi innspill til fagdepartementer og samarbeidspartnere.

Statsforvalteren er utøvende klage- og tilsynsmyndighet, og er i gjennomføringen av tilsyns- og klageoppgavene direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn følger med på statsforvalternes saksbehandling og rapporter, utarbeider veiledere og gir jevnlig tilbakemeldinger til statsforvalterne for å sikre at tilsyn og klagesaker blir utført hensiktsmessig, riktig og raskt i hele landet.

Statens helsetilsyn har også det faglige ansvaret for å vurdere helsemessige konsekvenser av lovlige arbeidskonflikter.

Myndighetsfunksjoner

Statens helsetilsyn har myndighet til å ilegge administrative reaksjoner overfor helsepersonell og virksomheter. Fra 1. juli 2022 ble reaksjonen advarsel i helsepersonelloven opphevet og erstattet av en ny reaksjon om faglig pålegg i helsepersonelloven § 56. Bestemmelsen gir både Statens helsetilsyn og statsforvalterne myndighet til å gi faglig pålegg til helsepersonell. Fra samme dato har Statens helsetilsyn ikke lenger myndighet til å begjære offentlig påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd og alternativbehandlingsloven § 9 femte ledd, da disse bestemmelsene er opphevet. Statens helsetilsyn har fremdeles en tilrådningsfunksjon overfor politiet. Der Statens helsetilsyn anmelder et forhold vil de vurderinger som begrunner anmeldelsen være av betydning for politiets og påtalemyndighetens arbeid.

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 faglig myndighet for statsforvaltners tilsyn og klagebehandling, har Statens helsetilsyn myndighet til å overprøve statsforvalterens avgjørelser av eget tiltak, herunder kontrollere om det foreligger feil ved faktum, saksbehandling og/eller rettsanvendelse. I tillegg er Statens helsetilsyn klageinstans for pålegg statsforvalteren har gitt barnevernsinstitusjoner, barneverntjenesten og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Statens helsetilsyn kan etter helsetilsynsloven § 3, siste ledd, gi den enkelte statsforvalter oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke.

Tilsynsoppgaver

Tilsynsoppgavene under samfunnsoppdraget deles inn i:

- planlagte tilsyn
- tilsynssaker
- tilsyn etter alvorlige hendelser
- klagebehandling
- rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt
- tilsyn som Statens helsetilsyn utfører selv

Fagutvikling

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.

Det har over tid vært sterk og dels økende oppmerksomhet på ulikheter i tilsynets praksis, senest i Riksrevisjonens rapport om helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse (Dokument 3:15 (2020–2021)).

Helhetlig og harmonisert tilsyn og klagesaksbehandling er en forutsetning for å ha effekt på sikkerhet og kvalitet i tjenestene. Statsforvalternes praksis skal samordnes og utvikles slik at ressursbruken blir optimalisert. Kunnskapsgrunnlaget for styringsdialogen skal styrkes og systematiseres ytterligere, bl.a. gjennom utarbeidelse av felles kvalitetsmål og indikatorer, og felles digitalt styringspanel.

Statens helsetilsyn arbeider både med kompetanseheving, styringsdialog for systematisering av arbeidet med kvalitet og resultatmål og gir veiledning om forbedring av tilsynspraksis. Tilsynserfaringer blir sammenstilt til mer generelle problemstillinger som blir formidlet til bruk i utvikling og læring. Hensikten er å bidra til at tilsvarende svikt ikke skal skje igjen.

Statens helsetilsyn arbeider med kvalitetsforbedring av hele tilsynsprosessen i tråd med endret regelverk. I 2022 har både statsforvalterne og Statens helsetilsyn tatt i bruk ny veiledning for saksbehandling av tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenestene. Både prioritering av ressursene og hvordan tilsynssaker behandles styres av formålet med tilsyn. Et tilsvarende utviklingsarbeid gjøres på barnevern- og sosialområdet.

Statens helsetilsyn har i 2022 startet et flerårig arbeid for å styrke kunnskapsgrunnlaget for tilsynet. Informasjon om kvalitet, sikkerhet og risikoområder i tjenestene finnes i tilsynserfaringer og i ulike datakilder hos mange aktører, men er i varierende grad sammenstilt og bearbeidet. Gjennom systematisk analyse av slike informasjonskilder, ønsker Statens helsetilsyn å få et bedre kunnskapsgrunnlag for å prioritere, planlegge og gjennomføre tilsynsaktiviteter.

Brukernes erfaringer er en sentral del av kunnskapsgrunnlaget i tilsyn. Statens helsetilsyns brukerråd skal bidra til at brukeres, pasienters og pårørendes erfaringer kommer til nytte. I 2022 har brukerrådet bl.a. gitt konkrete innspill til prosesser av strategisk betydning for Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn fortsetter utviklingsarbeidet med å ansvarliggjøre virksomhetene i deres arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet og å følge opp pasienter, brukere og pårørende. Statens helsetilsyn har i samarbeid med statsforvaltere utarbeidet en rapport om tilsynspraksis i saker der helsepersonell har hatt en seksuell relasjon/utøvd grenseoverskridende seksuell handling overfor pasient eller bruker. I april 2022 leverte et eksperutvalg oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet en rapport om grensekrenkelser i helse- og omsorgstjenesten, med noen likheter i mandat og periode for vurdering av tilsynssaker og søknader med dette temaet. Statens helsetilsyn vil følge opp anbefalinger og vurderinger i begge rapportene i tiden fremover, med en målsetning om å forbedre tilsynsmyndighetenes praksis og konkrete saksbehandling. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennomgå Pasientovergrepsutvalgets anbefalinger for å vurdere om det er behov for endret regelverk eller praksis.

Statens helsetilsyn arbeider med å fremme harmonisering av statsforvalternes saksbehandling av rettighetsklager innen helse og omsorgstjenestene. Arbeidet innebærer å styrke kontakten mellom statsforvalterne og med Statens helsetilsyn. Klagesaksbehandling er en viktig rettsikkerhetsgaranti også for brukerne av sosiale tjenester og bidrar til å hindre svikt i tjenestene. Statens helsetilsyn startet i 2022 et prosjekt for å bedre kvaliteten og harmonisere praksis i statsforvalternes klagesaksbehandling i de sosiale tjenestene. Det skal utvikles nytt digitalt veiledningsmaterieell og videreutvikles opplæringstiltak. Prosjektet videreføres i 2023.

Tilsynsskolen skal bidra til å kvalifisere og øke kompetansen hos statsforvalterne og i Statens helsetilsyn, til harmonisering og til at tilsyn og klagebehandling holder et høyt faglig nivå. Oppdatert tilsynskompetanse er avgjørende for virkningsfullt tilsyn. Tilsynsskolens opplæringstilbud er derfor i kontinuerlig utvikling både innholdsmessig, pedagogisk og teknologisk for å svare ut dette behovet.

Tilsynsmyndighetene benytter ulike metoder og tilnæringsmåter for å påse at kravene i lovgivningen blir overholdt. I prosjektet «Utvikling av landsomfattende tilsyn» prøves det ut nye tilnæringsmåter i gjennomføringen av landsomfattende tilsyn med barnevern- og sosialtjenesten i 2022 og 2023. For å bidra til kunnskapsutvikling på tilsynsfeltet skal det i prosjektet også studeres hvilken betydning tilsynet har på tjenestene når det gjelder endring av praksis.

Prosjektet «Kvalitetsutvikling av institusjonstilsynet» i regi av Statens helsetilsyn, skal bidra til et harmonisert, kvalitativt godt og treffsikkert tilsyn i barneverninstitusjoner. Prosjektet skal utarbeide kvalitetsindikatorer som vil gi tilsynsmyndigheten grunnlag for god, helhetlig oppfølging og faglig styring av institusjonstilsynet.

Sosiale tjenester i Nav er et grunnleggende sikkerhetsnett. Risikovurderingen som Statens helsetilsyn publiserte i 2022, avdekket svikt på flere områder som kan få alvorlige konsekvenser for brukere. Eksempler på risikoområder er mangelfull kartlegging av barns behov i familier der forsørger mottar sosiale tjenester, av brukeres sosiale situasjon og helsesituasjon, og manglende samordning av tjenestetilbudet til barn og unge voksne. Helsetilsynet vil bruke resultatene fra risikovurderingen som grunnlag for valg av tema ved framtidig tilsynsaktiviteter.

Statens helsetilsyn samarbeider med andre norske tilsynsmyndigheter for at virksomhetene i arbeidslivet skal oppleve et koordinert og mest

mulig samordnet tilsyn, og effektiv ressursbruk. Samarbeidet omfatter bl.a. felles retningslinjer for tilsyn, felles opplæring av tilsynspersonell og utvikling, etablering og drift av felles digitale tjenester. I 2021 ble datadelingstjenesten Tilda, som er utviklet i samarbeid mellom tilsynsmyndighetene, satt i drift.

Innen IKT-området deltar Statens helsetilsyn på flere arenaer, bl.a. det nasjonale koordineringsprosjektet «Bedre bruk av kunstig intelligens» og «Arbeid med nasjonal strategi for digital sikkerhet». I november 2021 publiserte Statens helsetilsyn risikoanalysen «Hvor har feil og mangler ved bruk av IKT-systemer størst konsekvenser for pasientsikkerheten?» (Rapport fra Helsetilsynet 07/2021). I 2022 er det ført pilottilsyn med IKT-systemer med legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten. I 2023 skal det utvikles metoder for å integrere undersøkelse og vurdering av IKT-verktøy i tilsyn.

Kommunikasjon

Statens helsetilsyn har i tråd med den statlige kommunikasjonspolitikken 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.

Tilsynserfaringer blir formidlet løpende i ulike kanaler, på nettsiden til Helsetilsynet, i sosiale medier og gjennom fagmedier og andre medier. I serien Rapport fra Helsetilsynet gis det ut rapporter med oppsummerte funn og risikovurderinger.

Tilsynsmeldingen er Statens helsetilsyns viktigste publikasjon og kanal for formidling av funn og erfaringer fra tilsyn til en bred målgruppe. Den er en nettpublikasjon der Statens helsetilsyn publiserer ulike tilsynserfaringer fortløpende gjennom året. Statens helsetilsyns årsrapport gir også mer omfattende omtale av tilsynserfaringer.

Årsverk

Statens helsetilsyn hadde 132 medarbeidere per 31. desember 2021. Det ble utført til sammen 111 årsverk i 2021.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester. Koronapandemien satte sitt preg på tjenestene også i 2021. En sentral del av arbeidet til Statens helsetilsyn var å

følge med på konsekvenser av pandemien. Ferdigstilte arbeider om dette i 2021 omfattet en gjennomgang av 254 tilsynsrapporter med hvordan koronapandemien har påvirket barn og unge på barneverninstitusjon, intervjuer av ungdom med tiltak fra barnevernet, og intervjuer med mennesker med utviklingshemming om pasient- og brukererfaringer. I tillegg ble det utarbeidet en veileder for statsforvalternes tilsyn med om kommunene identifiserer og følger opp utsatte barn og unge under pandemien. Utviklingen av pandemien, inkludert nye oppgaver knyttet til vaksiner, ga fremdeles store konsekvenser for statsforvalternes kapasitet til å utføre planlagte tilsynsaktiviteter.

Tilsyn etter alvorlige hendelser

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, har plikt til å straks varsle Statens helsetilsyn om dødsfall og alvorlige skader etter alvorlige hendelser dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Pasienter, brukere eller nærmeste pårørende har rett til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser. Statens helsetilsyn skal ta imot og vurdere alle varslene.

Formålet med tilsyn etter varsel om alvorlige hendelser er å raskt identifisere uforsvarlige forhold slik at forhold som er til fare for pasient- og brukersikkerheten, rettes opp. Etter mottak av varselet gjør Statens helsetilsyn innledende undersøkelser for å avgjøre hvordan sakene eventuelt skal følges opp. Statens helsetilsyn gjennomfører også stedlig tilsyn der hendelsen og de organisatoriske forholdene i virksomheten undersøkes.

En stor andel varsler oversendes statsforvalterne etter Statens helsetilsyns innledende vurdering. Statsforvalterne avgjør hvordan forholdet skal følges opp. Statens helsetilsyn arbeider med å etablere en systematisk oversikt over statsforvalternes oppfølging av varslene de mottar.

I 2021 mottok Statens helsetilsyn 1 077 varsler, herav 158 varsler om alvorlige hendelser fra virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 53 varsler fra pasienter og 594 fra pårørende. Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn i 9 varsler. I tillegg ble 23 hendelser fulgt opp med annen tilsynsmessig oppfølging. Flertallet av sakene, 69 pst. (744) ble overført til statsforvalteren for vurdering og oppfølging. Statens helsetilsyn gir veiledning for statsforvalternes oppfølging av varsler de får oversendt.

Informasjon fra pasient/bruker/pårørende er viktig for å få god forståelse av hendelsen. Hoved-

regelen er at Statens helsetilsyn innhenter informasjonen. Dette er spesielt viktig i sakene som blir avsluttet etter innledende undersøkelser. Der saken oversendes statsforvalteren, er det statsforvalteren som kontakter pasient/bruker/pårørende. Brukerrådet i Statens helsetilsyn har gitt innspill til arbeidet med brukerinvolvering.

Tilsynssaker

Tilsynssaker opprettes på grunnlag av anmodning fra pasienter, brukere og pårørende og fra andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenestene. Hvis statsforvalteren mener det kan være grunnlag for å gi administrative reaksjoner til helsepersonell og/eller virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten sendes saken til Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn behandlet 394 tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenesten i 2021. Det ble gitt 230 administrative reaksjoner til helsepersonell og konkludert med brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 34 virksomheter. Til sammen 158 autorisasjoner ble tilbakekalt.

I 2021 avsluttet statsforvalterne 4 005 tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenestene, 597 tilsynssaker om tjenester og tiltak innen barnevernet og 51 tilsynssaker innen sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Det er ikke anledning til å klage på statsforvalterens avgjørelse i en tilsynssak, men Statens helsetilsyn kan på anmodning vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan.

Felles policy for Statens helsetilsyn og statsforvalterne for håndtering av tilsynssaker innenfor barnevern, sosial og helse, veiledning for behandling av tilsynssaker skal skape handlingsrom til å prioritere innsats ut fra risiko og vesentlighet, og konsentrere seg om de tilsynsaktivitetene som i størst mulig grad bidrar til å oppnå formålet med tilsyn.

Planlagte tilsyn

Statens helsetilsyn beslutter valg av temaer for landsomfattende tilsyn gjennom en prioriteringsprosess og utarbeider veiledning for å sikre lik gjennomføring av tilsyn, slik at tilsynserfaringene kan oppsummeres og formidles. I tillegg til de landsomfattende tilsynene, gjennomfører statsforvalterne planlagte tilsyn ut fra lokale vurderinger av risiko og fare for svikt i tjenestene. Tilsyn skal understøtte virksomhetens ansvar for sikkerhet og kontinuerlig forbedring og tilsynsmyndighetene følger opp funn fra planlagte tilsyn til forholdene er rettet.

Statsforvalterne gjennomførte 915 tilsyn med barneverninstitusjonene i 2021, og fulgte opp kommunene i tråd med midlertidige retningslinjer fra Statens helsetilsyn under pandemien.

Tilgjengelighet til sosiale tjenester i Nav var tema for det landsomfattende tilsynet som statsforvalterne gjennomførte i 2020–2021. Fordi normgrunnlaget på dette området er svakt, ble tilsynet utført som en landsomfattende undersøkelse.

Statsforvalterne fortsatte i 2022 det toårige landsomfattende digitale egenvurderingstilsynet med psykisk helsevern for barn og unge. Det ble avdekket behov for forbedringer av tjenestene i de fleste poliklinikkene. Statsforvalterne fulgte opp forbedringspunktene i 2022. Funnene fra tilsynene vil bli formidlet i 2023.

2022 ble det toårige tilsynet med forebygging av tvang i psykisk helsevern gjenopptatt. Tilsynet gjennomføres av et tilsynslag ledet av Statens helsetilsyn med deltakelse fra statsforvalterne og fagrevisorer. Tilsynet rettes mot forebygging og gjennomføring av skjerming i akuttavdelinger for psykisk helsevern for voksne.

Statens helsetilsyn fortsetter arbeidet med harmonisering mellom statsforvalterne i tilsynet med spesialisthelsetjenesten.

Statens helsetilsyn forberedte i 2022 et tilsyn med psykisk helsevern for voksne. Temaet omhandler selvmord. Tilsynet skal gjennomføres av ett eller to nasjonale tilsynslag i 2022 og 2023 der statsforvaltere og fagrevisorer vil delta.

Tema for det landsomfattende tilsynet med barnevern i 2022 og 2023 er «Barneverntjenestens ansvar for oppfølging av barn i fosterhjem». Temaet for tilsynet er om barn som er plassert i fosterhjem får forsvarlig oppfølging fra barneverntjenesten. Statens helsetilsyn har over tid vært bekymret for om familier med barn får forsvarlig bistand fra Navkontorene. I 2022 og 2023 skal statsforvalterne undersøke hvordan barns behov blir ivaretatt når foreldrene søker økonomisk stønad.

Begge disse tilsynene er rettet mot å undersøke arbeidsprosesser i tjenestene som er vesentlige for at brukerne får tjenestene de har behov for. Videre skal tilsynene bidra til å styrke tjenestenes forutsetninger for å gjennomføre forbedrings- og kvalitetsarbeid i etterkant. Det landsomfattende tilsynet med barneverntjenesten følges opp med forskning. Målet er å frembringe forskningsbasert kunnskap om betydningen tilsynet har for praksisutøvelsen og forbedringsarbeidet i barneverntjenester der det er påvist lovbrudd.

Tema for landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester i 2022 og 2023 er

om barn i barne- og avlastningsboliger får dekket sine behov for habilitering/opplæring og helseoppfølging. Målet er å avdekke om det er samsvar mellom barnas individuelle behov og tjenestene de faktisk får.

Statens helsetilsyn og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har utarbeidet tilsynsveileder for statsforvalternes egeninitierte tilsyn med kommunal beredskap og helseberedskap. Veilederen ble revidert 2021 og det ble det inngått en samarbeidsavtale med DSB. Det er for øyeblikket ikke planlagt ny tilsynsaktivitet på dette området for 2023.

Tilsyn som Statens helsetilsyn selv utfører

Statens helsetilsyn fører tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker. I 2021 publiserte Statens helsetilsyn rapport fra egenvurderingstilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning hos et utvalg helseforetak, universiteter og forskningsinstitusjoner.

Statens helsetilsyn fører jevnlig tilsyn med virksomheter som håndterer blod, celler vev og organer (humant materiale). Statens helsetilsyn samarbeider med andre nasjonale etater og med europeiske tilsynsmyndigheter og vil særlig følge opp endringsarbeidet i det europeiske regelverket. I 2021 ble det gjennomført 11 tilsyn innen ulike fagområder. Statens helsetilsyn vil i 2023 prioritere tilsyn ved virksomheter som håndterer blod- celler- og vev der det er foretatt endringer i aktivitet, organisering, lokaler, utstyr eller nøkkelpersonell. Tilsyn med kvalitet og sikkerhet ved donasjon og håndtering av donoregg ved assistert befruktning etter endringer i bioteknologiloven, vil fortsette i 2023.

Statens helsetilsyn fører tilsyn med hvordan IKT-systemer bidrar til pasientsikkerheten. Tilsynsaktiviteten vil være risikobasert, med utgangspunkt i risikoanalysen utgitt høst 2021.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Statens helsetilsyn oppgaven med å føre tilsyn med Justis- og beredskapsdepartementets arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap.

Statens helsetilsyn fører tilsyn med helse- og omsorgstjenestens håndtering av medisinsk utstyr ved ytelse av helse og omsorgstjenester.

Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med norsklede helsetjenester til personell i militære operasjoner i utlandet etter avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og følger utviklingen med tanke på tilsynsaktiviteter.

Statsforvaltnernes klagesaksbehandling

Statsforvalterne skal prioritere saker hvor det er viktig å gripe inn raskt, og der konsekvensene av svikt er alvorlige.

I 2021 avsluttet statsforvalterne 535 klager innen barnevernet, der hovedtyngden var klager fra barn i barneverninstitusjoner. Det ble avsluttet 2 828 klagesaker om sosiale tjenester og 4 975 klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenester, der klager på manglende refusjon av pasientreiser utgjorde den største andelen av klagen.

Det er ikke anledning til å klage på statsforvalterens vedtak i en rettighetsklage, men Statens helsetilsyn kan som overordnet forvaltningsorgan vurdere saken. Statens helsetilsyn behandlet i 2021 tre saker som overordnet forvaltningsorgan innen helse- og omsorgstjenester. I én sak påpekte Statens helsetilsyn feil lovanvendelse, men opprettholdt statsforvalterens vedtak. I beslutningen om å ikke omgjøre vedtaket la Statens helsetilsyn avgjørende vekt på hensynet til pasienten.

Statens helsetilsyn fikk ingen klagesaker etter barnevernloven eller sosialtjenesteloven til overprøving i 2021.

Rettsikkerhet 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 statsforvalteren godkjenne vedtaket. I 2021 overprøvde statsforvalterne 1 934 vedtak og god-

kjente 93 pst. av vedtakene. Det ble gjennomført 157 stedlige tilsyn for å kontrollere tvangsbruk.

Når helse- og omsorgstjenesten fatter vedtak om bruk av tvungen somatisk helsehjelp overfor pasienter uten samtykkekompetanse, skal statsforvalteren gjennomgå vedtaket. Statsforvalterne gjennomgikk 5 473 vedtak om tvungen helsehjelp i 2021. De opphevet 7 pst. og endret 1 pst. av vedtakene. Statsforvalterne etterkontrollerte 2 586 vedtak som hadde en varighet utover tre måneder, og opphevet 11 pst. og endret 3 pst. av dem.

Statens helsetilsyn vil i 2023 bidra til et mer effektivt og målrettet tilsyn ved å følge opp statsforvaltnernes tilsyn med bruk av tvang. Dette gjelder både overfor personer med psykisk utviklingshemning og når helsetjenesten fatter vedtak om bruk av tvungen somatisk helsehjelp overfor pasienter uten samtykkekompetanse.

Statens helsetilsyn vil i 2023 videreutvikle tilsynsaktiviteter, bl.a. i form av kompetansetiltak, veiledning og økt kontakt med og mellom embetene for å følge opp statsforvaltnernes saksbehandling av vedtak på disse to områdene.

Uavhengig tilsynsordning med innkvartering av enslige mindreårige over 15 år i asylmottak

Endringer i utlendingsloven som trådte i kraft 1. juli 2022 innebærer at statsforvalteren skal føre tilsyn med omsorgen for enslige mindreårige asylsøkere som bor i asylmottak og at Statens helsetilsyn har det overordnede ansvaret for tilsynet. Oppdraget om å utføre tilsynet er gitt til Statsforvalteren i Oslo Viken. Innføringen av tilsynsordningen følges tett opp av Statens helsetilsyn.

Kap. 3748 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2021	budsjett 2022	2023
02	Diverse inntekter	1 000	1 675	1 000
	Sum kap. 3748	1 000	1 675	1 000

Post 02 Diverse inntekter

Statens helsetilsyns inntekter er knyttet til overføringer fra Forsvarsdepartementet i henhold til avtale om tilsyn med norsklede helsetjenester til norsk personell i militære operasjoner i utlandet.

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

- Bevilgningen under posten er redusert med 725 000 kroner som følge av redusert inntektskrav.

Kap. 749 Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
01	Driftsutgifter	39 900	41 381	42 231
	Sum kap. 749	39 900	41 381	42 231

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

- Bevilgningen under posten er redusert med 54 000 kroner som følge av at det i saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.

Samfunnsoppdrag

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) 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. Ukom skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har varslingsplikt til Ukom om alvorlige hendelser, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3–3 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 12–3a. I tillegg kan pasienter, brukere og pårørende sende bekymringsmelding om alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Det samme kan ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Roller

Ukom sin rolle og oppgaver følger av lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten av 16. juli 2017. Ukom er gjennom loven gitt myndighet til å gjennomføre undersøkelser av alvorlige hendelser eller andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Ukom er et forvaltningsorgan administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, men skal utføre sine oppgaver uavhengig og selvstendig. Ukom kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Myndighetsfunksjoner

Ukom setter i gang undersøkelser på grunnlag av varsler om alvorlige hendelser eller kunnskap fra andre kilder. Undersøkelseskomisjonen avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller alvorlige forhold som skal undersøkes. Ukom skal utarbeide en rapport som redegjør for hendelsesforløpet og for Ukoms vurderinger av årsaksforholdene. Rapporten skal også inneholde Ukoms eventuelle tilrådninger om tiltak som bør vurderes eller gjennomføres for å forebygge liknende hendelser i framtiden. Rapporten skal offentliggjøres.

Kommunikasjon

Tjenesteytere, pasienter, brukere, pårørende eller andre som undersøkelsen angår, skal få underretning dersom det settes i verk en undersøkelse, og de skal gis mulighet til å uttale seg om hendelsen eller forholdet. Ukom 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 ordinære driftsutgifter til lønn, godtgjørelse, varer og tjenester.

Ved inngangen til 2022 var kommisjonen bemannet med 24 heltidsansatte og seks ansatte i 20 pst.-stillinger. Perioden fra 2019 til 2021 har vært en viktig oppbyggingsfase både med tanke på å bemanne organisasjonen og bygge kompetanse.

På IKT-området jobber Ukom sammen med NHN for å få på plass verktøy som gjør at vi kan arbeide mest mulig effektivt samtidig som de ivaretar strenge krav til datasikkerhet og personvern. Dette arbeidet fortsetter også inn i 2023.

Relasjonsbygging til eksterne aktører blir et prioritert arbeid også i 2023. Mye møtevirksomhet skjer elektronisk, men det er viktig for Ukom

å være tilstede ute i helsetjenesten og på konferanser for å formidle læring fra alvorlige hendelser som i prinsippet kunne skjedd ved flere virksomheter i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Reisevirksomheten øker sammenlignet med 2020 og 2021. De siste årene har likevel gjort at videomøter velges i større utstrekning.

Gjennomførte og planlagte undersøkelser

Ukom vektlegger alvorlighet, systemisk risiko og læringspotensiale når den velger ut alvorlige hendelser og forhold for undersøkelse. Flere av undersøkelsene tar utgangspunkt i hendelser om samme forhold hvor Ukom velger ut en eller flere eksempelsaker for nærmere undersøkelse. Ukom jobber også med systematisk overvåking av risikoområder i tjenestene.

Følgende rapporter ble publisert i 2021:

- Barn og unges psykiske helse ett år inn i pandemien
- Utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet
- Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern
- Undersøkelse etter drukningstragedien i Tromsø
- Kontrollmetoder for plassering av nasogastrisk ernæringssonde
- Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand?

Følgende rapporter er publisert første halvår 2022:

- Pasientsikkerhet ved nye kirurgiske og invasive metoder

- To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge
- Spesialiseringens pris – samhandling ved uavklarte tilstander

Følgende undersøkelser er planlagt publisert andre halvår 2022:

- Kollegastøtteordning for helsepersonell
- Når gebyr fra helsetjenesten blir en for stor belastning
- Kan meldekultur påvirke pasientsikkerheten?
- Helsetjenester til personer med forhøyet voldsrisiko
- Helsehjelp til pasienter med gjentakende, akutt selvmordsfare

Ukom har i stor utstrekning involvert fagmiljø, fagpersoner, pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner, andre interesseorganisasjoner og forvaltningsorganer i gjennomføringen av undersøkelsene.

Hendelsene som granskes har til felles at disse i utgangspunktet kunne ha skjedd hvor som helst i helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor et mål at budskapet i rapportene blir diskutert i fagmiljø og virksomheter i hele landet, og at det dette kan resultere i forbedring utover de virksomhetene hvor hendelsene har funnet sted. Sammen med rapportene publiseres derfor også materiell som virksomhetene kan benytte til intern refleksjon og læring.

Arbeidet med utvelgelse av relevante tema for undersøkelse, er en kontinuerlig prosess. Tema velges ut både ut fra konkrete enkeltvarsler og på bakgrunn av overvåking av mønstre i varslene som kommer inn. Også for 2023 vil Ukom legge vekt på å ha rapporter og sikkerhetsvarsler som ivaretar bredden i områdene de dekker.

Programkategori 10.60

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
761	Omsorgstjeneste	8 870 052	6 170 514	5 180 619	-16,0
762	Primærhelsetjeneste	1 909 285	1 369 374	1 647 763	20,3
765	Psykisk helse, rus og vold	2 622 411	2 395 089	2 471 968	3,2
769	Utredningsvirksomhet mv.	15 473	16 773		-100,0
	Sum kategori 10.60	13 417 221	9 951 750	9 300 350	-6,5

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	1 149 598	629 337	600 617	-4,6
50–89	Overføringer til andre	12 267 623	9 322 413	8 699 733	-6,7
	Sum kategori 10.60	13 417 221	9 951 750	9 300 350	-6,5

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

- 210 mill. kroner som en del av samlet styrking av allmennlegetjenesten med 690 mill. kroner. Resterende 480 mill. kroner foreslås bevilget over Kommunal- og distriktsdepartementet kap. 571, post 60.
- 133 mill. kroner i økt bevilgning til kompensasjonsordningen for renter og avdrag, som følge av økt rentesats.
- 128 mill. kroner som en del av 150 mill. kroner til opptrappingsplan for psykisk helse, forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet og helsestasjon- og skolehelsetjenesten.
- 10,6 mill. kroner flyttet fra kap. 701, post 21 til kap. 762, post 21 til videre utvikling av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

- 7,8 mill. kroner til Noklus for videre- og slutføring av arbeidet med å kvalitetssikre laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten.
- 7,7 mill. kroner flyttet fra kap. 781, post 79 til kap. 762, post 21 knyttet til diabetesarbeid.
- 3 mill. kroner i økt bevilgning til Menn i helse, som en del av opptrappingsplanen for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.
- 2,4 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen Frivillig arbeid mv.
- 1 020,6 mill. kroner i redusert utbetaling av tidligere års tilsagn om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser og lokale produksjonskjøkken.
- 62,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avviklingen av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 43 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til gjennomføringen av Leve hele livet.

- 40,6 mill. kroner i redusert tilskudd til frivillige og ideelle organisasjoner på psykisk helse- og rusfeltet.
- 30 mill. kroner i redusert tilskudd til lindrende enheter.
- 25,1 mill. kroner i redusert bevilgning til vertskommuner på grunn av frafall av beboere.
- 5 mill. kroner i redusert bevilgning ved at tilskudd til Ønsketransporten avvikles.
- 3,4 mill. kroner i redusert bevilgning ved at tilskuddsordningen til økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet avvikles.
- 3 mill. kroner i redusert bevilgningen ved at tilskudd til Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter avvikles gradvis over tre år.
- 15,6 mill. kroner flyttet til kap. 740, post 01 knyttet til faste oppgaver for Helsedirektoratet.
- 15 mill. kroner flyttet til kap. 745, post 01 til etablering og drift av nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- 10,2 mill. kroner flyttet til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger, kap. 732, post 72–75, knyttet til etablering av spisskompetansemiljøer for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd.
- 2 mill. kroner flyttet til kap. 717, post 70, knyttet til utvidelse av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn til å også omfatte bruk av psykofarmaka.
- 0,2 mill. kroner flyttet til Kommunal- og distriktsdepartementets kap. 525, post 01 til Statsforvalteren i Troms og Finnmark knyttet til beredskapsarbeid og tilsynsvirksomhet på Svalbard og Jan Mayen.

Programkategorien omfatter bevilgninger til å utvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene under programkategorien bidrar også til å oppfylle delmål 3.4 og 3.5 i FNs bærekraftsmål, jf. nærmere omtale under kap. 8 Internasjonalt samarbeid, Del III.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises til omtalen i Kommunal- og distriktsdepartementets 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 fysioterapitjenester, omtalt under programområde 30.

Regjeringen vil videreutvikle og styrke vår felles helsetjeneste og innføre en tillitsreform i helse- og omsorgssektoren. Fagfolkene er vår viktigste ressurs, og gjennom tillitsreformen skal de

få mer ansvar og myndighet til å utføre sine arbeidsoppgaver. Tillit, åpenhet og samarbeid bør prege både tjenestene og styringen av dem. Målet med regjeringens helse- og velferdspolitik er å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode og likeverdige tjenester i hele landet. Regjeringen vil utvikle en kommunal helse- og omsorgstjeneste som er nær, oppdatert og forberedt på å møte helse- og omsorgsbehovet til en befolkning i endring.

Kommunene har gjort og gjør fortsatt en stor innsats for å håndtere koronapandemien. Selv om de helsemessige konsekvensene av pandemien er mindre nå, er det fortsatt behov for kommunal beredskap for vaksiner og for rask reetablering av test-tiltak. De langsiktige konsekvensene av pandemien er uklare, men det vil fortsatt være nødvendig å ha særlig oppmerksomhet på sårbare grupper.

Det ble tidlig i pandemien opprettet en arbeidsgruppe for å gi faglige vurderinger av de økonomiske konsekvensene av koronautbruddet for kommunesektoren. Arbeidsgruppen hadde representanter fra berørte departementer og kommunesektoren. Arbeidsgruppen har i tidligere rapporter kartlagt 2020 og 2021, og leverte sin rapport om første halvår 2022 i september. Gjennom pandemien har sektoren blitt tilført ekstra midler for å legge til rette for håndtering av pandemien samtidig som et godt tjenestetilbud ble opprettholdt. I 2020 ble det bevilget 18 mrd. kroner til kommunesektoren og vel 27 mrd. kroner i 2021, inkludert både kompensasjon og tiltak for å få fart på økonomien. I første halvår 2022 ble det bevilget vel 3 mrd. kroner.

Krigen i Ukraina har skapt et stort antall fordrevne, både internt i landet, til naboland og til andre land i Europa, inklusive Norge. Personer fordrevet fra Ukraina som har søkt og fått innvilget midlertidig kollektiv beskyttelse i Norge har, som asylsøkere, samme rett til helsetjenester som resten av Norges befolkning. Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider tett med andre departement og følger situasjonen nøye. For Helse- og omsorgsdepartementet er det særlig viktig å følge med på at det er tilstrekkelig kapasitet i helse- og omsorgstjenesten til å ivareta de fordrevnes behov for helsehjelp.

Å skape en bærekraftig allmennlegetjeneste er høyt prioritert av regjeringen. Siden fastlegeordningen ble innført i 2001 har det vært endringer i samfunnet, befolkningen og i helse- og omsorgstjenesten. Stikkord er en aldrende befolkning, flere med kroniske og mer komplekse sykdomsbilder,

medisinsk-teknologisk utvikling, endret organisering i spesialisthelsetjenesten og samhandlingsreformen. Hensynet til samfunnets bærekraft tilsier at allmennlegetjenesten må bidra mer til forebygging, redusert sykdomsbyrde og redusert sykefravær i arbeidslivet. En bærekraftig allmennlegetjeneste er viktig for flere av regjeringens målsettinger og arbeid. Tiltakene i handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020–2024 har ikke hatt tilstrekkelig effekt. Kapasiteten i ordningen går ned og kostnadene for kommunene øker. Regjeringen har i 2022 jobbet med konkrete rekrutteringsfremmende tiltak som å etablere nasjonal ALIS-ordning, introduksjonsstillinger og legevaktstilskudd. Det ble i august 2022 nedsatt et hurtigarbeidende ekspertutvalg som skal utrede hvordan fastlegeordningen kan gjøres mer bærekraftig. Utvalget leverer en foreløpig rapport i desember 2022 og endelig rapport i april 2023. Regjeringen foreslår samtidig betydelige økt bevilgning til allmennlegetjenesten i 2023 for å iverksette nødvendige tiltak. Det vises til omtale under kapittel 762.

Psykisk helse er et viktig satsningsområde for regjeringen. Det tas sikte på å legge fram en ny opptrappingsplan for psykisk helse i løpet av 2023. Planen skal omfatte hele psykisk helsefeltet, og særlig vektlegge helsefremmende og forebyggende arbeid, bidra til å gjøre hjelpen mer tilgjengelig og nær og vektlegge tilbudet til dem med langvarige og sammensatte behov. Målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har psykiske helseutfordringer skal få lett tilgjengelig og god hjelp.

Regjeringen skal i 2023 legge fram en stortingsmelding om en forebyggings- og behand-

lingsreform for rusfeltet. Reformen omfatter hele bredden av rusfeltet og tar sikte på å styrke kommunenes forebyggende innsats og behandlings- og oppfølgingstilbud i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er et mål at rusproblematikk identifiseres tidlig, og personer med rusproblemer skal oppleve verdige liv med god tilgang på behandling og oppfølging og deltakelse i arbeid eller annen meningsfull aktivitet.

Regjeringen vil bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i kommunene, og har startet arbeidet med en stortingsmelding om en Bo trygt hjemme-reform. Det tas sikte på å legge fram Bo trygt hjemme-reformen i løpet av 2023.

Regjeringen legger fram en opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Denne planen skal bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste med tilstrekkelig årsverk med relevant utdanning. Opptrappingsplanen følges opp gjennom Kompetanseløft 2025. I tillegg vil planen ses i sammenheng med tillitsreformen, heltidssatsingen, desentraliserte utdanninger og praksis i kommunene.

Regjeringen har videre flere sentrale arbeider som er relevant for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, bl.a. Nasjonal helse- og samhandlingsplan, Folkehelsemeldingen og Stortingsmelding om helseberedskap. I tillegg videreføres en rekke sentrale planer og meldinger for å bedre kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

For nærmere omtale av regjeringens satsinger på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, se kap. 761, 762, 765 og 769.

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	298 922	213 249	167 500
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	9 273	9 514	9 765
61	Vertskommuner	922 411	903 016	900 719
63	Investeringsstilskudd – rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	2 168 940	2 268 732	1 248 882
64	Kompensasjon for renter og avdrag	747 692	805 400	938 400
65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	2 827 153	120 365	58 879
67	Utviklingstiltak	72 337	86 542	88 825

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
68	Kompetanse og innovasjon	485 622	386 900	393 707
69	Investeringsstilskudd – netto tilvekst, <i>kan overføres</i>	767 193	1 015 685	1 014 983
71	Frivillig arbeid mv.	48 364	20 026	27 994
72	Landsbystiftelsen	85 843	88 075	90 574
73	Særlige omsorgsbehov	90 872	105 284	75 272
75	Andre kompetansetiltak	10 099	11 707	12 040
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	335 331	136 019	153 079
	Sum kap. 761	8 870 052	6 170 514	5 180 619

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

- 133 mill. kroner i økt bevilgning til kompensasjonsordningen for renter og avdrag, som følge av økt rentesats.
- 10 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver, som en del av opptrappingsplan for psykisk helse og forebygging og behandlingsreform for rusfeltet.
- 8,6 mill. kroner flyttet fra kap. 769 som følge av at budsjettkapittelet avvikles.
- 7,8 mill. kroner til Noklus for videre- og slutføring av arbeidet med å kvalitetssikre laboratorievirkningen i hjemmetjenesten.
- 3 mill. kroner i økt bevilgning til Menn i helse, som en del av opptrappingsplanen for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.
- 2,4 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen Frivillig arbeid mv.
- 1 020,6 mill. kroner i redusert utbetaling av tidligere års tilsagn om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser og lokale produksjonskjøkken.
- 62,9 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avviklingen av forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 43 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til gjennomføringen av Leve hele livet.
- 30 mill. kroner i redusert tilskudd til lindrende enheter.
- 25,1 mill. kroner i redusert bevilgning til vertskommuner på grunn av frafall av beboere.
- 8 mill. kroner flyttet til kap. 740, post 01 knyttet til faste oppgaver for Helsedirektoratet.

- 5 mill. kroner i redusert bevilgning ved at tilskudd til Ønsketransporten avvikles.
- 3,4 mill. kroner i redusert bevilgning ved at tilskuddsordningen til økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet avvikles.
- 3 mill. kroner i redusert bevilgningen ved at tilskudd til Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter avvikles gradvis over tre år.

Ny politikk for omsorgstjenesten

Regjeringen vil legge til rette for en moderne og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i kommunene. Andelen eldre vil øke betraktelig i årene som kommer. Og selv om vi stadig får bedre helse og lever lenger, vil flere få demens, leve med kroniske sykdommer og få kreft. Ett av regjeringens hovedmål er at eldre skal få bo i egen bolig lengst mulig, dersom de kan og vil. Skal vi lykkes med at flere skal oppleve det som trygt å bo hjemme, trenger vi en moderne og målrettet boligpolitikk. Regjeringen vil i tråd med Hurdalsplattformen ta initiativ til et eget eldreboligprogram. Videre vil regjeringen sørge for gode tjenester til brukere og pårørende, som lavterskeltjenester til personer med demens og en hjemmetjeneste som arbeider forebyggende og holder folk friskere og hjelper eldre i aktivitet. Gjennom reformen vil vi også legge til rette for helhetlig og god planlegging som gir aldersvennlige nærmiljø og sikrer eldre mulighet for aktivitet og deltakelse i frivillighet og sivilsamfunn.

Regjeringen vil bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og vil forsterke og fornye innsatsen, bl.a. gjennom Bo trygt hjemme-reformen, arbeidet med opptrappingsplan for heltid

og god bemanning i omsorgstjenesten, støtte til pårørende og satsingen på velferdsteknologi. En god kommuneøkonomi og en sterk allmennlegetjeneste er sentrale forutsetninger i arbeidet. Derfor har denne regjeringens fremste prioritet vært å styrke kommuneøkonomien. Regjeringen foreslår en vekst i kommunenes frie inntekter med 2,6 mrd. kroner i 2023, jf. Kommunal- og distriktsdepartementet kap. 571. En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at flere kan bo trygt hjemme lenger forutsetter en sterk allmennlegetjeneste. Tiltak for å styrke allmennlegetjenesten er ett av hovedsatsningsområdene for denne regjeringen, og det foreslås å styrke allmennlegetjenesten med 690 mill. kroner i 2023, jf. kap. 762.

Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten

Den kommunale omsorgstjenesten står overfor betydelige bemanningsutfordringer i årene fremover knyttet til den store veksten i antall eldre og en fortsatt vekst i antall yngre brukere. Allerede før pandemien var det en betydelig mangel på helse- og sosialpersonell i kommunene. Dette har blitt ytterligere forverret under pandemien. Derfor legger regjeringen frem en opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Se kap. 10 i del III. Formålet med planen er å bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste med tilstrekkelig årsverk med relevant utdanning. Planen består av en rekke tiltak og følges opp gjennom Kompetanseløft 2025. Planen vil være dynamisk, og utvikling av nye tiltak vil bl.a. komme gjennom Bo trygt hjemme-reformen og leveranser fra Helsepersonellkommissjonen, samt i arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan. I tillegg vil planen ses i sammenheng med bl.a. tillitsreformen og regjeringens satsinger på heltid, desentraliserte utdanninger og praksis i kommunene.

Pårørende

Pårørende er viktige både for sine nærmeste og for helse- og omsorgstjenesten. Pårørendestrategien og handlingsplanen gjelder for 2021–2025 og skal samlet bidra til å løfte pårørendes situasjon. Strategien har tre hovedmål: Anerkjennelse av pårørende som en ressurs, god og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid, og ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre. Pårørendestrategien og handlingsplanen består av seks innsatsområder med 32 tilhørende tiltak. Det vises til

nærmere omtale på post 21. Som ledd i regjeringens arbeid med opptappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet styrkes tilskuddsordningen helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver med 10 mill. kroner.

Helse- og velferdsteknologi

Av Hurdalsplattformen fremkommer det at regjeringen vil etablere en helseteknologiordning som støtter innføring av ny teknologi i helsetjenesten og videreføre Nasjonalt velferdsteknologiprogram slik at vi får et kompetanseløft for velferdsteknologi i norske kommuner.

Det er et mål at velferdsteknologi er en integrert del av helse- og omsorgstjenestene, på lik linje med andre helse- og omsorgstjenester i kommunene innen utgangen av 2024.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er videreført for perioden 2022–2024. I denne perioden vil det særlig legges vekt på tiltakene for implementering av velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødte og tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, digital hjemmeoppfølging, og nettverksarbeid. Se også beskrivelse av Nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene, kap. 701, post 21. For nærmere beskrivelse av digital hjemmeoppfølging vises det til kap. 762, post 63. For beskrivelse av løsning for deling av informasjon mellom velferdsteknologiske løsninger og andre e-helsesystemer, som f.eks. elektroniske pasientjournaler i helsetjenesten, vises det til kap. 701, post 21.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

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 samfunnsdeltagelse for personer med nedsatt funksjonsevne, gode arbeidsforhold for assistentene og bærekraft i ordningen.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 1 (2018–2019), jf. Innst. 2 S (2018–2019). Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom NOU 2021: 11 Selvstyrt er velstyrt, som departementet fikk overlevert 16. desember 2021. Utvalget som står bak utredningen, hadde i oppgave å gjennomgå og foreslå forbedringer i ordningen brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Utredningen har vært

på høring og departementet vil ta stilling til videre oppfølging.

Fribeløp og egenandeler på sykehjem

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås oppdatert i samsvar med den generelle kostnadsøkningen. Fribeløpet ved langtidsopphold i institusjon foreslås justert fra 9 100 kroner til 9 400 kroner med virkning fra 1. januar 2023. Samtidig foreslås det å øke maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med samlet inntekt under 2 G fra 215 kroner til 220 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, foreslås det å endre maksimal egenandel fra 180 kroner til 185 kroner per døgn. Satsen for dag/ nattopphold foreslås endret fra 100 kroner til 105 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 44 100 kroner til 45 400 kroner med virkning fra 1. januar 2023. Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Energiltak i kommunalt eide omsorgsboliger og sykehjem

Som et ledd i regjeringens satsing på energiltak foreslås det 333,5 mill. kroner over Kommunal- og distriktsdepartementets kap. 581, post 60, til energioppgradering av kommunalt eide utleieboliger og kommunalt eide omsorgsboliger og sykehjem. Tilskuddet skal gå til tiltak som reduserer energi-behovet i boligene. Det vises til nærmere omtale på kap. 581, post 60.

Unge personer med funksjonsnedsettelse i sykehjem

Unge personer med funksjonsnedsettelse bør ikke bo i institusjoner beregnet for eldre. Med institusjoner beregnet for eldre regnes syke- og aldershjem. Det er etablert et system for kartlegging og oppfølging av antallet personer mellom 0 og 49 år som er innskrevet på langtidsopphold. Statsforvalteren rapporterer per 31. desember 2021 at 91 personer mellom 18 og 49 år er innskrevet for langtidsopphold i syke- og aldershjem. Antallet har de siste årene stabilisert seg. Statsforvalterens oversikt viser at 28 av disse 91 perso-

nene ønsket et annet botilbud. Av de 28 hadde 14 personer en konkret flytteplan. Helsedirektoratet rapporterer videre at det per 31. desember 2021 er åtte barn under 18 år som har permanent opphold i en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon som definert over. Ifølge rapporteringen fra statsforvalteren har ingen av disse flytteønske som ikke er eller blir fulgt opp av kommunen.

En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen kan nyttes under post 79. Omtalen av postene er i sin helhet samlet under denne posten. Bevilgningene dekker tilskudd og spesielle driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det foreslås å flytte:

- 5,2 mill. kroner knyttet til avvikling av kap. 769, post 21.
- 8 mill. kroner til kap. 740, post 01 knyttet til faste oppgaver for Helsedirektoratet.

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell pris og lønnsjustering, foreslås det i tillegg følgende bevilgningsendringer sammenlignet med saldert budsjett 2022:

- 43 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til gjennomføringen av Leve hele livet.
- 3,5 mill. kroner i redusert bevilgning til administrasjon av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene.
- 0,4 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til gjennomføringen av bruker- og pårørendeundersøkelser.

Statsforvalterne

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak knyttet til statsforvalternes oppfølging av omsorgsfeltet. Statsforvalter skal i sitt oppfølgingsarbeid bidra til å samordne de statlige initiativene overfor kommunene på omsorgsfeltet slik at kommunene lager helhetlige planer som ser de statlige satsingene og virkemidlene i sammenheng. Statsforvalterne skal veilede kommuner som ikke har lagt planer for å møte fremtidens bo- og tjenestetilbud.

Statsforvalterne skal ha oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser, samt følge opp tiltak for å forbedre kvaliteten i

omsorgstjenestene. Statsforvalterne har også utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling. Statsforvalterne har videre ansvaret for det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

Utgifter til faglige kurs og konferanser som statsforvalterne holder på regionalt nivå i omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen.

Bevilgningen foreslås videreført med 16,7 mill. kroner i 2023. Forøvrig vises det til midler til å etablere en regional koordinatorrolle for å gi støtte og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling, og til å støtte kommunene i å spre og implementere nye og gode løsninger i omsorgssektoren, jf. omtale på kap. 761, post 68.

Leve hele livet

Gjennom oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*, skal kommunene jobbe systematisk med endringsarbeid og helhetlig analyse- og planarbeid. Arbeidet følges opp gjennom et nasjonalt og regionalt støtteapparat som bistår kommunene gjennom støtte, veiledning og erfaringsdeling. Det ble i 2022 bevilget til sammen 46 mill. kroner over posten til gjennomføring av arbeidet. Av det samlede tilskuddet ble det bevilget 36 mill. kroner til nasjonalt og regionalt støtteapparat. Videre ble det avsatt 5 mill. kroner til å gjennomføre program for et aldersvennlig Norge, 3 mill. kroner til følgeevaluering og 2 mill. kroner til Statsforvalter i Trøndelag for arbeidet med Resursportalen.no.

I 2020 og 2021 har støtteapparatene jobbet systematisk med å mobilisere, veilede og støtte kommunene i å sette områdene i Leve hele livet på dagsorden i kommunal planlegging. OsloMet har ansvar for følgeevalueringen, og det har vært fast rapportering via statsforvalterne to ganger årlig. De fleste kommuner har vedtatt planer for lokal oppfølging av Leve hele livet og mange kommuner er i gang med å iverksette utprøvde løsninger og tiltak gjennom konkrete kommuneplaner og nettverksdeltakelse. Samtidig har flere kommuner fortsatt behov for støtte og veiledning. Midtveisevalueringen avdekker også utfordringer med bl.a. den tverrsektorielle forankringen, og det etterspørres en bredere og mer tverrsektoriell forankring på statlig nivå.

Bevilgningen til Leve hele livet i 2023 foreslås redusert for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås 10,5 mill. kroner på posten i 2023 til å fort-

satt støtte kommunene i arbeidet med å spre, implementere og gjennomføre tiltak, bl.a. innen aktivitet, felleskap, ernæring og helsehjelp. Av bevilgningen foreslås 6 mill. kroner bevilget fra tiltaket Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet, jf. omtale der. Av bevilgningen på 10,5 mill. kroner skal det avsettes midler til følgeevalueringen av Leve hele livet. Gjennom mer målrettet oppfølging skal kommunene veiledes til å sette kompetanseutvikling og innovasjonsarbeid i system for varige endringer, istedenfor enkeltstående prosjekter og piloter. Dette skal også bidra til å skape en god overgang til Bo trygt hjemme-reformen. Det vises også til finansiering over post 67 og 68, jf. egen omtale der.

Det foreslås i tillegg å videreføre bevilgningen på 1 mill. kroner til Norges Frivilligsentraler i 2023. Det er inngått en intensjonsavtale med organisasjonen, der formålet er å mobilisere og støtte de lokale sentralene slik at de kan bidra til utvikling av gode tilbud i kommunene. Bevilgningen til tiltaket er flyttet fra kap. 769, post 70. Rapportering på tiltaket omtales der.

Reformperioden for Leve hele livet foreslås avsluttet ved utgangen av 2023.

Bo trygt hjemme-reformen

Regjeringen vil bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i kommunene, og har startet arbeidet med en stortingsmelding om en Bo trygt hjemme-reform. Utviklingen av en ny og fremtidsrettet eldrepolitikk skal bygge videre på og styrke det lokale arbeidet kommunene allerede er i gang med, samtidig som nye tiltak basert på eldres behov løftes frem. Det tas sikte på å legge fram Bo trygt hjemme-reformen i løpet av 2023, med oppstart for reformarbeidet fra 2024.

Regjeringen gjennomfører høsten 2022 regionale innspillmøter. Arbeidet med Bo trygt hjemme-reformen skal styrke det som virker, samtidig som innsatsen skal vris mot nye og flere områder. Et mål om at flere skal kunne bo trygt hjemme lenger, krever en bred og tverrsektoriell innsats. Mange av de sentrale forutsetningene for at eldre skal kunne bli boende hjemme lenger, ligger utenfor helse- og omsorgssektoren. Dette innebærer bl.a. sammenhengen mellom en egnet bolig, et godt lokalsamfunn og behovet for helse- og omsorgstjenester. I reformarbeidet er målet å utvikle en boligpolitikk som gjør det enkelt for eldre å planlegge og ta grep om egen bolig. Samtidig skal vi sikre at eldre og pårørende er trygge på å få hjelp og støtte når behovet for tjenester oppstår, og at de som jobber nærmest de eldre får

mer ansvar og tillit. Gjennom reformen vil regjeringen jobbe for en helhetlig planlegging som gir aldersvennlige nærmiljøer, å sikre eldre mulighet for aktivitet og deltakelse, samt å utvikle tjenester som fremmer mestring.

Noklus

Målet med bevilgningen er å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene i hjemmetjenesten. Kommuner skal tilbys tilslutning til Noklus og få opplæring. Noklus startet prosjektet i 2016 med å kvalitetsforbedre laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten. Prosjektet blir godt tatt imot, og de aller fleste enheter har takket ja til å delta. Målet er at kommunene etter en toårsperiode med støtte fra staten selv skal finansiere sin deltakelse i Noklus. Dette er samme modell som ble brukt da sykehjem ble inkludert i perioden 2007–2012.

Ved utgangen av 2021 hadde ni tidligere fylker gjennomført hele sin statsfinansierte periode. Fem tidligere fylker (Aust-Agder, Buskerud, Asker og Bærum, Oslo, Nord-Trøndelag og Vestfold) var i gang med sin gratisperiode, mens fylkene Innlandet (Hedmark og Oppland), Finnmark, Hordaland og deler av Akershus hadde da ikke fått anledning til å starte.

Ved Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2022, jf. Innst. 11 S (2021–2022), ble det vedtatt å avvike bevilgningen til prosjektet for å frigjøre midler til andre prioriterte tiltak. Det er viktig å sikre bevilgning til Noklus for å fortsette det gode arbeidet og for å kunne gi likt tilbud til alle landets kommuner. Å bedre kvaliteten av laboratorietjenester i hjemmetjenestene er viktig i behandling og oppfølging av pasientene jf. koronapandemien, samt for faglig videreutvikling og kvalitetssikring av tjenestene. Regjeringen vil derfor videre- og slutføre det viktige nasjonale arbeidet med å kvalitetssikre laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten. Det foreslås 7,8 mill. kroner til Noklus i 2023.

Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 er en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Målet er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at tjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Kompetanseløft 2025 følger opp vedtatt politikk og nasjonale strategier og er et virkemiddel i arbeidet med å utvikle en fremtidsrettet og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Kompe-

tanseløft 2025 består av fire strategiske områder med om lag 60 tiltak. Tiltakene skal videreutvikles i planperioden 2021–2025 i samarbeid med partene i arbeidslivet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre Kompetanseløft 2025, i et samarbeid med KS og arbeidstakerorganisasjonene. Statsforvalteren har et særskilt ansvar for dialogen med og oppfølgingen av kommunene og fylkeskommunene, i et samarbeid med andre relevante regionale aktører. Opptappingsplan for hel- og god bemanning i omsorgstjenesten følges opp gjennom Kompetanseløft 2025.

Det ble bevilget 5,5 mill. kroner til administrasjon og anskaffelser ifb. Kompetanseløft 2025 i 2022, hvorav 2,5 mill. kroner til evalueringer. Bevilgningen foreslås redusert med 1,6 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01. Bevilgningen foreslås videreført med 4 mill. kroner i 2023.

Pårørendestrategien og handlingsplanen

Pårørendestrategien og handlingsplanen Vi – de pårørende 2021–2025 skal bidra til å løfte pårørendes situasjon og til å ivareta og inkludere pårørende.

Et av hovedtiltakene i strategien er tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver. Tilskuddsordningen skal bidra til at kommunen utvikler kommunale modeller for å bedre pårørendes situasjon, og synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende med krevende omsorgsoppgaver. Helsedirektoratet mottok 24 søknader i 2021 og innvilget alle helt eller delvis.

Tilskuddsordningen stimulerer til mye lokal aktivitet på pårørendeområdet. Prosjektene som har mottatt støtte har stor bredde, og kommunene lærer av hverandre. Eksempler på prosjekter er utvikling av kommunal pårørendestrategi, kommunalt pårørendesenter med lavterskeltiltak for pårørende (mestringskurs, veiledningssamtaler, møteplasser), elektronisk samhandlingsverktøy for kommunikasjon med pårørende, opprettelse av pårørendekoordinatorrolle, rutiner for arbeid med barn som pårørende, inkludert samarbeidsrutiner og system for kompetanseheving, samt avlastningsordningene.

Et annet sentralt tiltak i strategien er revidering og oppdatering av Helsedirektoratets Pårørendeveileder. Ifølge nettstatistikken er pårørendeveilederen blant Helsedirektoratets ti mest brukte veiledere. I 2021 ble det foretatt en evaluering av implementeringen av pårørendeveilede-

ren. Resultatene viser at de fleste i helse- og omsorgssektoren har en plan eller strategi for pårørendearbeid, men ikke alle kjente til pårørendeveilederen. Resultatene har blitt fulgt opp i form av konkrete tiltak, bl.a. ved å forbedre veilederen og videreutvikling av helsenorge.no.

Det ble i 2022 bevilget 9 mill. kroner til tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver på post 79. Tilskuddet foreslås styrket med 10 mill. kroner til 19,2 mill. kroner som en del av opptrappingsplan for psykisk helse. Belastningen for pårørende til personer med psykisk helse- og rusproblemer er godt kjent og bidrar til økt sykdomsbyrde og samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til sykefravær mv. Formålet er å forebygge og redusere risiko for å utvikle helseproblemer hos pårørende til personer med psykisk helse- og rusproblemer gjennom god hjelp og oppfølging. Målgruppen omfatter også pårørende som opplever overdosedødsfall. Bevilgningen skal bidra til å etablere modeller i kommunene for å gi tilbud til pårørende.

I tillegg ble det bevilget 2 mill. kroner til drift av programmet og tilskuddsordningen, samt oppfølging og oppdatering av veilederen på post 21. Bevilgningen foreslås redusert med 1,3 mill. kroner, til 0,8 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

Samlet foreslås det en bevilgning på 20 mill. kroner over kap. 761, post 21 og post 79 i 2023.

Bruker- og pårørendeundersøkelser

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelser som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene.

Pårørendeundersøkelsen for 2020 ga et bilde av situasjonen til pårørende, med utgangspunktet i et bredt pårørendebegrep. Pårørendeundersøkelsen i 2021 har hatt som formål å undersøke pårørende til de fire prioriterte pasientgruppene i Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*: Pårørende til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Undersøkelsen gir et godt bilde av behovene til pårørende til de fire pasientgruppene, og gir således et godt grunnlag for videre arbeid med pårørende. For 2022 er det igangsatt en prosess for en ny Nasjonal pårørendeundersøkelse.

Det ble bevilget 3,8 mill. kroner til dette formålet i 2022. Bevilgningen foreslås redusert med til sammen 1,2 mill. kroner, hvorav 0,7 mill. kroner,

som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01. Bevilgningen foreslås videreført med 2,7 mill. kroner i 2023.

Pårørendealliansen

Pårørendealliansen er en frittstående paraplyorganisasjon som jobber for å synliggjøre pårørendes utfordringer, og forbedre vilkårene for pårørende. Ved utgangen av 2021 hadde organisasjonen 34 medlemmer. Det ble bevilget 2 mill. kroner til Pårørendealliansens arbeid i 2022 over kap. 761, post 79 og 2 mill. kroner over kap. 765, post 71. Tilskuddene foreslås samlet ved at bevilgningen på kap. 765, post 71 flyttes til kap. 761, post 79. Samlet foreslås det å videreføre 4,1 mill. kroner til Pårørendealliansen i 2023.

Demensplan 2025

Regjeringen følger opp Demensplan 2025 som er en femårig strategi (2021–2025) for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et mer demensvennlig samfunn, et samfunn som bidrar til inkludering, likeverd og forståelse. Strategiene og tiltakene i Demensplan 2025 skal bidra til å sette demensutfordringer på dagsordenen i kommunene og helseforetakenes ordinære planarbeid. Målet er å sikre langsiktig og helhetlig planlegging av lokalsamfunn og omgivelser samt dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens samt deres pårørende.

I 2022 ble det bevilget om lag 44 mill. kroner til oppfølging av Demensplan 2025. Bevilgningen foreslås redusert med 2,8 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01. Bevilgningen foreslås videreført med 42,2 mill. kroner til oppfølging av Demensplan 2025 i 2023. I 2023 foreslås det at følgende tiltak prioriteres:

- Tiltak for å øke utredning og diagnostisering av demens.
- Etablere systematisk oppfølging etter demensdiagnose og gode forløp for personer med demens.
- Demensomsorgens ABC og annen kompetanseheving.
- Pårørendeskoler og samtalegrupper, samt andre pårørendetiltak.
- Utarbeide og implementere en verktøykasse for personsentrert omsorg og miljøbehandling for personer med demens.

- Gjøre Demenskartet.no kjent, samt iverksette andre tiltak som kan bidra til at kommunene planlegger for flere med personer med demens.

Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen har i 2022 mottatt 1 mill. kroner i tilskudd til lokalt informasjons- og veiledningsarbeid. Videre er det i 2022 bevilget 1 mill. kroner til Nasjonalforeningen for folkehelsen sitt arbeid med kampanjen demensvennlig samfunn. Midlene til Nasjonalforeningen for folkehelsens inngår i Demensplan 2025 og foreslås videreført i 2023.

Som en del av Demensplan 2025 er det gitt tilskudd til fagutvikling og kompetansehevende tiltak. Målet for tilskuddsordningen er å bidra til systematisk oppfølging av personer med demens, gjennom å implementere gode forløp i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tilskuddet skal bidra til å støtte og hjelpe til kommuner som skal implementere gode forløp for personer med demens lokalt. Sentralt i arbeidet står implementering av Nasjonal faglig retningslinje om demens og Veiviser demens. Tilskuddet går til utviklings-senter for sykehjem og hjemmetjenester. Tilskudd ble tildelt i november 2021 og i all hovedsak overført til bruk i 2022. Tiltak har planlagt oppstart i 2022.

Det er inngått en rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse om bistand til pårørendetiltak i planperioden, til bl.a.:

- Pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens.
- Tiltak rettet mot yngre pårørende til personer med demens, samt gjennomføring av landsdekkende kurs for yngre pårørende.
- Utarbeiding av veiledningsmateriell og veiledning av tilskuddsmottakere med mer.

Målet er å gi kunnskap om demens og tilby støtte og veiledning til pårørende til personer med demens. Koronasituasjonen har i 2021 skapt noen utfordringer for gjennomføringen av pårørendeskoler og samtalegrupper i kommunene. For tilskudd til pårørendeskoler og samtalegrupper til pårørende til personer med demens ble det i 2021 gjennomført 295 tilbud med tilskudd, herav 103 pårørendeskoler i én kommune, 35 interkommunale pårørendeskoler og 157 samtalegrupper. For tilskuddene som retter seg mot yngre pårørende til personer med demens ble alle de seks kursene for Møteplass for mestring gjennomført, der det totalt deltok 60 par. Totalt deltok 33 personer på

Tid til å være ung, selv om begge helgekursene måtte flyttes til høsten. Sommerleiren Hvem ser meg? måtte flyttes til november. Selv om dette førte til avmeldinger, deltok 27 familier med totalt 26 mindreårige barn.

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 tverrfaglig opplæring i studiegrupper. Det har også i 2021 vært omorganisering av fagseminarer grunnet koronapandemien. Men til tross for varierende smittesituasjon gjennom året, har det vært en økning i aktiviteten sammenlignet med 2020. Rapportering fra Helsedirektoratet viser at 165 kommuner startet opp grupper for Demensomsorgens ABC og 57 kommuner startet opp grupper med Eldreomsorgens ABC.

Det ble det bevilget 9,9 mill. kroner til formålet i 2022. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2023, som en del av samlet bevilgning til Demensplan 2025. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025 og Demensplan 2025. Tiltakene i Demensplan 2025 vil ses i sammenheng med Bo trygt hjemme-reformen.

Mobilisering mot ensomhet

Regjeringen vil redusere uønsket ensomhet og styrke kunnskap og samarbeid om temaet. Det vises også til omtale på kap. 714, post 79 og til bevilgning til IKT-opplæring for å mobilisere mot ensomhet blant eldre mv, omtalt under Helse- og velferdsteknologi. Over kap. 761, post 79 foreslås det i tillegg å bevilge midler til følgende tiltak til mobilisering mot ensomhet:

Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet

Formålet med tilskuddet er å motvirke ensomhet og passivitet, og skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser for voksne. Kommuner og fylkeskommuner kan søke og det oppfordres til samarbeid med frivillige.

Tilskuddsordningen har bidratt til at det er satt i gang og videreført mange gode og forskjellige prosjekter. Prosjektene har bidratt til ulike aktiviteter og ulike møteplasser som har bidratt til å motvirke ensomhet og passivitet. Prosjektene som har startet opp bidrar alle til økt mestring, sosialisering, bedre helse og livskvalitet. I 2021 mottok Helsedirektoratet 121 søknader. Totalt 80 prosjekter fikk tilskudd.

I saldert budsjett for 2022 ble det bevilget om lag 19 mill. kroner til formålet.

I 2023 foreslås det at 6 mill. kroner av bevilgningen går til å spre, implementere og gjennomføre gode tiltak lokalt, bl.a. for å skape aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap gjennom de regionale støtteapparatene til Leve hele livet. Støtteapparatene bidrar til å styrke tiltak som virker gjennom erfaringsdeling og spredning, bl.a. gjennom et systematisk nettverksarbeid. Gjennom målrettet oppfølging fra det regionale støtteapparatet veiledes kommunene til å sette kompetanseutvikling og innovasjonsarbeid i system for varige endringer, istedenfor enkeltstående prosjekter og piloter. Dette skal også bidra til å skape en god overgang til Bo trygt hjemme-reformen. Samlet foreslås det bevilget 19,4 mill. kroner til formålet i 2023, hvorav 13,4 mill. kroner videreføres som søkbart tilskudd.

Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Stiftelsen Livsglede for eldre har siden 2013 drevet en nasjonal sertifiseringsordning av Livsgledehjem. Formålet med ordningen er å styrke den aktive omsorgen og ivareta brukernes sosiale og kulturelle behov. 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. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Evaluering viser at ordningen bidrar til økt livsglede, men årsakssammenhengen er noe uklar. Ved utgangen av 2021 var det totalt 113 sertifiserte sykehjem i landet. Stiftelsen har jobbet systematisk og innovativt med å bidra til livsglede for eldre gjennom pandemien ved bruk av digitale verktøy. Bevilgningen i 2022 var totalt 9,5 mill. kroner. Det foreslås å videreføre øremerket tilskudd på 9,7 mill. kroner til Stiftelsen Livsglede for eldre i 2023.

Helse- og velferdsteknologi

Teknologisk støtte for barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse

Målet er at kommunene kan gi et bedre tjenestetilbud til målgruppen ved at digitale løsninger og velferdsteknologi bidrar til økt selvstendighet, mestring av daglige gjøremål og sosial deltakelse for den enkelte, trygghet og avlastning for de pårørende og mer effektiv bruk av tid og ressurser for kommunene. Formålet med tilskuddet er å bidra til implementering og spredning av teknolo-

gisk støtte til målgruppen basert på erfaringene fra utprøvningsfasen.

Tiltaket inngår Nasjonalt program for velferdsteknologi. Utprøvningsfasen er slutført og gikk over i en spredningsfase i 2021. Målgruppen ble utvidet fra barn og unge til å inkludere voksne i revidert nasjonalbudsjett 2021.

I 2021 var 20 prosjekter inkludert i ulike kommuner. Eksempler på gevinster av velferdsteknologi til målgruppen som kommunene rapporterer om er: Økt deltakelse på fritidsaktiviteter der målgruppen har utfordringer med tid og struktur og lese- og skrivevansker, økt opplevelse av trygghet, forutsigbarhet og selvstendighet for barna og avlastning for de pårørende, mindre stress for nattevakter og bedre mulighet til å bistå når behovet er reelt og effektivisering av tidsbruken i tjenesten.

Innføring av velferdsteknologi til målgruppen er begrenset. Målet for den videre satsingen er å øke kompetansen om velferdsteknologi for målgruppen i kommunene, og generere kunnskap i nasjonalt velferdsteknologiprogram, slik at videre satsing bidrar til ny praksis for disse tjenestene til målgruppen. Det er også en målsetting at det innen utgangen av 2024 er etablert tilbud om velferdsteknologi til målgruppen på tvers av tjenestenivåene og sektorene i minimum én kommune i hvert fylke. Bevilgningen foreslås videreført med 12,3 mill. kroner i 2023.

Kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi

I 2022 ble det etablert et kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi i kommunene i regi av KS. Formålet med nettverket er å drive aktivt forankrings- og erfaringsdelingsarbeid i kommunene og å dra nytte av kommunenes egne ressurser. Målsettingen er å etablere og sikre varige strukturer for å sikre at velferdsteknologi både blir og forblir en del av det ordinære tjenestetilbudet også etter 2024. Nettverket skal bestå av fagpersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal bygge på erfaringene fra nettverksarbeidet i Nasjonalt program for velferdsteknologi.

Nettverket skal jobbe for å øke kunnskapen og bedre samarbeidet om velferdsteknologi i helse-tjenesten ved at kompetanse om velferdsteknologi, endringsprosesser og tjenesteinnovasjon deles på tvers av landet. Tiltaket ble opprettet i 2022 som del av videreføringen av Nasjonalt program for velferdsteknologi. Bevilgningen foreslås videreført med 20,4 mill. kroner i 2023.

Prosessveiledning av kommuner i innføring av velferdsteknologi

Prosessveiledning av kommunene i innføring av velferdsteknologi er et av virkemidlene i Nasjonalt program for velferdsteknologi. Formålet er å sikre raskest mulig innføring av velferdsteknologi og helhetlige tjenestemodeller gjennom verktøy og metoder knyttet til tjenestedesign og -innovasjon, kunnskap om omstillings-, endrings- og utviklingsprosesser og organisasjonsendringer. Tiltaket bygger på erfaringene med prosessveiledning som del av satsingen på teknologier for trygghet og mestring. Det vil rettes særlig innsats mot de prosjektene som er i spredningsfasen, og på å sikre nødvendig læring som grunnlag for å anbefale en varig struktur for prosessveiledning etter 2024. Tiltaket ble opprettet i 2022 som del av videreføringen av Nasjonalt program for velferdsteknologi. Tiltaket forvaltes av Helsedirektoratet.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,1 mill. kroner i 2023.

Faglig rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy innenfor velferdsteknologi

Formålet med tiltaket er faglig rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy mv. knyttet til velferdsteknologi. Formålet er å understøtte kommunene i deres arbeid med å implementere velferdsteknologi, og å utvikle kunnskap om velferdsteknologiens effekter på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg etableres det internasjonalt samarbeid og kunnskapsdeling på feltet, og kartlegging av hvorvidt velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging kan bidra til å redusere helse- og omsorgstjenestenes klimaavtrykk. Behovet for eventuelle justeringer av definisjonen av begrepene velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging skal vurderes. Tiltaket forvaltes av Helsedirektoratet. Tiltaket inngår i Nasjonalt program for velferdsteknologi og ble opprettet i 2022 som del av videreføringen av velferdsteknologiprogrammet.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,1 mill. kroner i 2023.

IKT-opplæring for å mobilisere mot ensomhet blant eldre mv.

Formålet med tilskuddsordningen er å gi IKT-opplæring som kan heve den digitale kompetansen blant eldre for å motvirke ensomhet og redusere digitalt utenforskap. Videre er det et mål å bedre

helsekompetansen ved at eldre kan tilegne seg helseinformasjon på nett og motta digitale helse-tjenester, eksempelvis via videokonsultasjon og e-konsultasjon. Målgruppen for tilskuddet er landsdekkende frivillige, ideelle organisasjoner og stiftelser. I 2021 fikk Pensjonistforbundet, Blindeforbundet og Norges Døveforbund støtte til IKT-opplæring. Tilskuddet inngår i Nasjonalt program for velferdsteknologi og forvaltes av Helsedirektoratet. Bevilgningen foreslås videreført med 6,1 mill. kroner i 2023.

Digital hjemmeoppfølging

Formålet med bevilgningen er å bidra til gjennomføringen av prosjektet for digital hjemmeoppfølging i form av prosessveiledning, følgeforskning og prosjektledelse. Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til tiltaket i 2022. Bevilgningen foreslås videreført i 2023. Det vises til nærmere omtale av digital hjemmeoppfølging og ytterligere bevilgninger under kap. 762, post 63. Ordningen inngår i Nasjonalt program for velferdsteknologi.

Teknologier for trygghet og mestring

Det ble bevilget 18,3 mill. kroner til formålet i 2021. Midlene er benyttet til å drifte Nasjonalt velferdsteknologiprogram, herunder prosjektledelse, nettverkssamlinger med deltagerkommunene, utarbeidelse av nasjonale faglige råd på området, gjennomføring av utprøving og evaluering/kunnskapsinnhenting på velferdsteknologi-området, arbeid knyttet til helseregistre, koordinering og anskaffelser, til rapportering, og til prosessveiledning av kommunene. I 2022 ble denne bevilgningen disponert til nye tiltak innenfor Nasjonalt program for velferdsteknologi.

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 økonomistyring (DFØ) som en sentral aktør fra statens side. Programmet har fokus på strategisk forankring, felles anskaffelser, formidling og veilednings- og spredningsaktivitet. I 2021 ble det igangsatt 8 innovative anskaffelser relatert til helse og omsorg, knyttet til bl.a. velferdsteknologiske løsninger, logistikk- og kommunikasjonsløsninger, og nye løsninger i bygg til pleie- og omsorgsformål. Dagens programperiode er for

2020–2024. Det ble bevilget 0,25 mill. kroner til tiltaket over kap. 769 i 2022. Bevilgningen foreslås videreført over kap. 761, post 21 i 2023.

Fallforebyggende arbeid

Formålet med tiltaket er å øke kompetansen om fallforebyggende trening blant eldre. Helsedirektoratet lanserte i 2019 et e-læringsprogram – BASIS – for å styrke kompetanse om trening som kan styrke fysisk funksjon og forebygge fall, fallskader og brudd hos eldre. Siden oppstarten er det gjennomført 3900 Basis-kurs.

I 2022 ble det bevilget 1 mill. kroner til programmet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2023. Tiltaket sees i sammenheng med oppfølging av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 og Nullvisjon for fallulykker i og ved hjemmet.

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med ordningen er å styrke kunnskap, kompetanse og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, innenfor området lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det bevilget 2,5 mill. kroner i øremerket tilskudd til Foreningen for barnepalliasjon over ordningen. Tilskuddet foreslås avvirket og bevilgningen foreslås flyttet til tilskuddsordningen Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2. I 2021 har Foreningen for barnepalliasjon bl.a. formidlet, undervist og bidratt til å veilede, støtte og gi kunnskap til pasienter, pårørende og helsepersonell.

Videre foreslås bevilgningen til oppfølging av Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg* redusert med 0,6 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01. Det foreslås 5,1 mill. kroner til ordningen i 2023 innrettet slik:

- 2,5 mill. kroner til oppfølging av Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*. Oppfølgingen er bl.a. knyttet til å styrke åpenhet om døden for ulike målgrupper, bidra til å øke tilbudet om forhåndssamtaler, tilrettelegging for hjemmetid og hjemmedød, ivaretagelse av åndelig og eksistensielle behov og samarbeid med frivillige i livets slutfase.
- 2,6 mill. kroner til videreutdanning i barnepalliasjon ved OsloMet. Studiets mål er å kvalifisere

helsepersonell til å bli sentrale ressurspersoner for barnepalliative team i de større barneavdelingene, og for å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for pasienter med behov for barnepalliasjon. Fra 2019 kan videreutdanningen tas på masternivå for alle faggrupper med bachelor innenfor helsefag.

Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge

Formålet med tilskuddsordningen er å øke kunnskap og gi informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom, ved å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet.

Rapportering viser relativt god måloppnåelse i 2021, tross et lavere aktivitetsnivå grunnet pandemien. I 2022 ble det bevilget 2 mill. kroner til tilskuddsordningen. Bevilgningen foreslås styrket med 2,5 mill. kroner i 2023. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2

Det foreslås å bevilge 4,6 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2023. Tiltaket følger opp Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*.

Verdighetssenteret

Formålet med tilskuddet til Verdighetssenteret er kompetanseheving gjennom tre etterutdanninger innen: frivillighetskoordinering eldreomsorg, palliativ eldreomsorg og akuttmedisinsk eldreomsorg.

Målet med etterutdanningen Frivillighetskoordinering – eldreomsorg (FRI) er å øke kompetansen på ledelse og organisering av frivillighet i eldreomsorgen, både i helse- og omsorgssektoren og i frivillig sektor. Deltakerne får undervisning i rekruttering, opplæring og veiledning av frivillige, juridiske og etiske perspektiver på feltet og viktige faktorer for godt samarbeid. I 2021 har det vært spesielt fokus på Leve hele livet, og diskusjoner og erfaringsutveksling relatert til gode løsninger på utfordringer knyttet til pandemien har fremdeles vært aktuell. FRI ble i 2021 videreført med oppstart av fire digitale kull. Siden oppstart i 2011 har 531 deltakere fra hele landet deltatt på FRI.

Målet med etterutdanningen Palliativ eldreomsorg (PEO) er å øke kompetansen til fagutdannede helsepersonell i møte med sårbare, alvorlig

syke og døende eldre og deres pårørende. I 2021 har etterutdanningen vært heldigital. Nærmere 600 helsepersonell fra hele landet har i løpet av de siste 14 årene gjennomført etterutdanningen Palliativ eldreomsorg. I 2021 var det 212 som gjennomførte etterutdanningen.

Målet med opplæringen i akuttmedisinsk eldreomsorg (AME) er å heve kompetansen til fagutdannet helsepersonell som jobber med akutt og alvorlig syke eldre. Det første kullet i 2021 ble gjennomført heldigitalt grunnet pandemisituasjonen. Totalt er det gjennomført seks kull i løpet av 2021. Siden oppstart i januar 2017 har 712 deltagere fra hele landet gjennomført utdanningen. Totalt 180 deltakere gjennomførte i 2021.

Tilskuddet foreslås videreført med 22,5 mill. kroner i 2023.

Ledelse, planlegging, rekruttering og fagutvikling

Riktig kompetanse på riktig sted er avgjørende for at brukerne skal få gode helse- og omsorgstjenester. God ledelse og langsiktig planlegging er sentrale forutsetning. For å bidra til dette foreslås det å bevilge midler til følgende tiltak:

Styrking av ledelseskompentanse

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015. Oppdraget er gitt til Handelshøgskolen BI. Målgruppen for utdanningen er ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå og skal bidra til å styrke lederne i å gjennomføre nødvendig omstilling og utvikling i tjenestene framover. Utdanningen tilbys på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling. Det er gode søkertall til studiet og høy tilfredshet blant deltakerne. Søker- og opptakstall til nasjonal lederutdanning har holdt seg stabilt høyt gjennom hele perioden 2015–2021. Ifølge følgeevaluering fra mars 2021 har utdanningen hatt stor betydning for de positive endringene i deltakernes lederrolle. De fremhever særskilt at lederne har håndtert krysspress som sektoren står i på en bedre måte enn før.

Samlet har 1 296 ledere vært studenter ved nasjonal lederutdanning siden oppstart i 2015 til og med våren 2022. Bevilgningen foreslås videreført med 16,6 mil. kroner i 2023. Tiltaket finansieres i tillegg over kap. 762, post 70, kap. 765, post 21 og kap. 770. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet

2025 og Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Avtalen om Sevs og Samplan

Helse- og omsorgsdepartementet deltar sammen med KS og flere departementer i et samarbeid om bedre kompetanse innen planlegging og samfunnsutvikling, Sekretariat for etter- og videreutdanning (Sevs). Sevs gjennomfører bl.a. utdanningsprogrammet i samfunnsplanlegging, Samplan, og den årlige Kommuneplankonferansen. Samplan hadde for studieåret 2021–2022 39 deltagere. Kommuneplankonferansen for 2020 ble utsatt til 2022 grunnet covid-19. Sevs er et viktig verktøy som bidrar til økt planleggingskompetanse i både de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kommunenes folkehelsearbeid. Bevilgningen på 0,3 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 769, post 21.

Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Planlegging er et viktig virkemiddel for utbygging og omstilling av tjenestene. Statsforvalteren i Trøndelag har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet et nasjonalt planleggingsverktøy, www.ressursportal.no. I Ressursportalen finnes informasjon som vil være av relevans for kommuner og statsforvaltere for analyse og planlegging framover. Et viktig mål er å bidra til en økt forståelse av egne styringsdata og øke den analysefaglige kompetansen i kommunene.

Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til tiltaket i 2022 på kap. 769. Bevilgningen til Ressursportalen foreslås videreført med 0,5 mill. kroner over kap. 761, post 21 i 2023. Det vises også til omtale på kap. 769.

Tiltak for rekruttering: Menn i helse

Menn i helse skal bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren. Gjennom tiltaket er det et mål å rekruttere menn mellom 25–55 år som har en egnet ytelse fra NAV. Målet er fagbrev som helsefagarbeider gjennom et komprimert utdanningsløp. Menn i helse er et samarbeid mellom kommuner, NAV, fylkeskommuner, KS og Helsedirektoratet. Prosjektet ledes av KS. Det er utdannet over 700 menn med fagbrev siden oppstarten i 2011 og fram til utgangen av 2021. 92 pst. av dem har fått relevant jobb. Menn i helse er en av de mest vellykkede satsingene for rekruttering av menn til helsesektoren. Tilbakemeldingene fra

arbeidsgivere er at personell fra Menn i helse er svært attraktiv arbeidskraft.

Pandemien har påvirket prosjektet også i 2021. Det har vært egne målrettede tiltak for å lykkes med oppstarten i de nye fylkene Nordland og Innlandet. Prosjektet har gjort flere grep for å lykkes med rekruttering. Flere kommuner har også hatt fokus på å rekruttere samisktalende til prosjektet.

Ved inngangen til 2022 har Menn i helse samarbeid med 135 deltakende kommuner i 7 fylkeskommuner, samt NAV regionalt og lokalt.

I 2021 ble det bevilget 16 mill. kroner til tiltaket Menn i helse. For å styrke rekrutteringen av menn spesielt og kompetente ansatte generelt foreslås det å øke bevilgningen med 3 mill. kroner, til totalt 19,4 mill. kroner i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025 og Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere (Jobbvinner)

Jobbvinner er en nasjonal satsing med mål om å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Kommunene skal være en attraktiv arbeidsplass og en god læringsarena for sykepleiere og helsefagarbeidere. Målet er at god bemanning og fagutvikling kommer brukere og pasienter til gode. KS er prosjektleder og samarbeider med Fagforbundet, Delta og Norsk Sykepleierforbund om gjennomføringen.

I 2021 har stadig flere kommuner ønsket å få mer kunnskap om mentorordningen. Jobbvinner, Trondheim kommune og USHT Viken drifter derfor et nasjonalt læringsnettverk for mentorordningen. Det er økende interesse fra kommuner for å innføre mentorprogram og for å ivareta, beholde og utvikle ansatte. Erfaringene fra piloten i Trondheim viste at nyansatte som hadde mentor ble tryggere, og kom raskere inn i arbeidsoppgavene. Ordningen kan også bidra til tettere samarbeid mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner, og til fagutvikling. I 2021 innledet Jobbvinner et samarbeid med flere kommuner og utdanningsinstitusjoner med målsetting om å gjøre praksisstudiene i kommunene mer attraktive og styrke kvaliteten i praksisstudiene. Videre har Jobbvinner og KS prosjektet Tørn gått sammen i 2021 om å en anskaffelse på kompetansekartleggingsverktøy.

Bevilgningen foreslås videreført med 4,1 mill. kroner i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025 og Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er et avtalefestet partnerskap mellom HUNT forskningssenter, Levanger kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Helse Nord-Trøndelag og Nord universitet. Senteret skal bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak. Nord universitetet har siden 2015 videreutviklet opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling (MMB) for ansatte i helse- og omsorgstjenestene og bidratt til utvikling av systematiske kunst- og kulturtiltak som fremmer helse og livskvalitet hos brukere av helse- og omsorgstjenestene.

Kompetansesenteret har i 2021 hatt særlig fokus på opplæringsprogrammet i MMB og arbeidet med tidsskriftet Nordic Journal of Arts, Culture and Health. Pandemien førte til noe mindre kurs- og reiseaktivitet, men mer digitale aktiviteter som kan nå flere. Videre har senteret holdt kurs for personer i alle fylker, arrangert fagdag ved sykepleierstudier som gir innføring i miljøbehandling med enkle musikkbaserte miljøtiltak for målgruppene eldre, personer med demensdiagnose og nedsatt kognitiv funksjon, samt ferdigstilt permen ABC musikkbasert miljøbehandling – utviklingshemming.

Det foreslås å videreføre 3,1 mill. kroner i tilskudd til Nord universitet på vegne av partnerskapet for Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang

Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er ansvarlig for opplæringsprogrammet; Musikkbasert miljøbehandling (MMB). Formålet med programmet er å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Studier viser at systematisk og integrert bruk av musikk og sang i miljøbehandling kan fungere mot uro og depresjon og redusere bruken av psykofarmaka. Opplæringsprogrammet ble evaluert gjennom en kvalitativ undersøkelse i 2019. Resultatene viste at sang og musikk kan gi en helsefremmende effekt ved redusert forbruk av legemidler. Disse funnene støtter opp under tidligere forskning. I 2021 var det nesten 1500 deltakere fra samtlige fylker som deltok på de ulike kurs og videreutdanningene som tilbys. Bevilgningen til opplæringsprogram-

met foreslås videreført med 5,1 mill. kroner i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Opplæringsmateriell til helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til personer med utviklingshemming

Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet Mitt livs ABC – et kompetansehevende tiltak for ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Målet er å bidra til bedre livskvalitet, bedre tjenester og bedre rettsikkerhet. Mitt livs ABC skal implementeres i landets kommuner i samarbeid med lokale fagmiljøer.

Ved utgangen av 2021 har nesten 6 600 personer fra 125 kommuner startet med ABC-opplæringen. Dette er en økning i antall deltakere fra 2020, men en mindre økning enn tidligere år, sannsynligvis grunnet pandemien. Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet gitt ut e-læringen Dette må jeg kunne – Gode tjenester til personer med utviklingshemming. Kurset ligger på læringsportalen til KS og Aldring og helse. Ved utgangen av 2021 var over 2 500 personer påmeldt kurset.

Bevilgningen foreslås videreført med 6,2 mill. kroner i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Kompetansehevende tiltak i omsorgstjenestene til samiske brukere

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til å bygge opp, implementere og styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til brukere med samisk språk og kulturbakgrunn gjennom fagutvikling og kompetanseheving. Tiltakene skal rettes mot områder som omfatter innbyggere med både sør-, nord- og lulesamisk språk og kultur. Tilskuddet skal bidra til å framskaffe, initiere og spre kunnskap om behovene til samiske innbyggere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, samt hvordan disse behovene best kan dekkes og bidra til økt kompetanse blant personell som yter kommunale helse- og omsorgstjenester til samiske brukere.

I 2021 har Helsedirektoratet i samarbeid med Sametinget tildelt midler til tre ulike kompetansmiljø. Tross pandemien har prosjektene hatt god fremgang i 2021.

Det ble i 2022 bevilget 1,2 mill. kroner til tiltaket. Bevilgningen foreslås videreført i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Senter for omsorgsforskning

Senter for omsorgsforskning er gitt i oppdrag å arbeide med formidling av forskning og innovasjon og bistå Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT).

Det ble i 2022 bevilget 1 mill. kroner til Senter for omsorgsforskning sitt arbeid med å formidle kunnskap om forskning og innovasjon i omsorgssektoren. Sentrene har siden 2015 bl.a. driftet Omsorgsbiblioteket.no og Tidsskrift for omsorgsforskning. I 2021 publiserte Tidsskrift for omsorgsforskning 36 artikler, hvorav 16 var vitenskapelige artikler. Formidlingen av forskning og innovasjon må ses i sammenheng med sentrenes formaliserte samarbeid med USHT-ene i sin region, og deres oppdrag om å være et dokumentasjonssenter for forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i omsorgssektoren.

Det ble i 2022 bevilget 3,6 mill. kroner til sentrenes arbeid med å bistå og samarbeide med USHTene i sin region, i deres arbeid med å oppfylle sine samfunnsoppdrag. For nærmere omtale av USHTene vises til post 67.

Det foreslås å videreføre samlet bevilgningen til Senter for omsorgsforskning med 4,7 mill. kroner. For øvrig mottar Senter for omsorgsforskning driftstilskudd over kap. 780, post 50. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Senter for alders- og sykehjemsmedisin

Senter for alders- og sykehjemsmedisin er en del av Universitetet i Bergen. Senteret arbeider med forskning og undervisning på sykehjem og i hjemmebasert behandling, og implementering av forskningsbasert kunnskap i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2021 har SEFAS stått bak 22 vitenskapelige fagfelleverderte publikasjoner i internasjonale tidsskrifter i samarbeid med nasjonale og internasjonale forskere. SEFAS har hatt en rekke populærvitenskapelige artikler i media, formidlet forskning på seminarer og webinarer og deltatt i nasjonale og internasjonale konferanser. SEFAS har også emneundervisning i palliasjon og i alders- og sykehjemsmedisin ved UiB. I samarbeid med senter for tverrfaglig profesjonell samarbeidslæring (TVEPS), arbeider SEFAS med å tilby tverrprofesjonell praksis til sine studenter på helsefag. SEFAS har hatt seks pågående forskningsprosjekt i 2021. I året som har gått har 20 personer vært ansatt ved SEFAS, av disse er det åtte stipendiater, tre masterstudenter og fem postdoktorer. Det foreslås at tilskuddet videreføres med 3,1 mill. kroner i 2023.

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 bl.a. 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 etikkkomiteer i helseforetakene og bistå kommuner som ønsker å etablere kliniske etikkkomiteer. SME samarbeider tett med KS om satsingen på etisk kompetanseheving slik at de samlede ressursene kan utnyttes til det beste for kommunene.

Det foreslås å videreføre 3,3 mill. kroner i tilskudd til SME i 2023. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og ses i sammenheng med tilskuddet til nasjonal koordinering og fagutvikling av kliniske etikkkomiteer i helseforetakene. Det vises til kap. 781, post 79 for nærmere omtale. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Satsing på etisk kompetanseheving

Etikksatsingen i KS bistår kommunene regionalt og lokalt med nyttige verktøy for etisk refleksjon og praksisnær oppfølging. Tiltaket bidrar til systematisk kompetanseheving knyttet til etisk refleksjon i tjenestene. Etisk refleksjon kan styrke ansattes evne til å stå i etisk krevende situasjoner og samtaler med brukere, pasienter og pårørende, knyttet til for eksempel lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, tvangsbegrensning, pandemi-håndtering og prioriteringer. KS og Senter for medisinsk etikk har etablert et formalisert samarbeid om etikksatsingen slik at de samlede ressursene utnyttes til det beste for kommunene.

Det ble i 2022 bevilget 4,6 mill. kroner til formålet over kap. 769, post 70, jf. rapportering der. Det foreslås å bevilge 3,7 mill. kroner på kap. 761 i 2023.

Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025. Tiltaket inngår også i Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*, hvor satsingen fra og med 2020 også har inkludert etisk refleksjon om ulike dilemmaer knyttet til døden. Tiltaket må sees i sammenheng med omtale av Senter for medisinsk etikk på kap. 761, post 21.

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene ble avsluttet 31. desember 2021, men ble

fulgt opp i 2022 med regnskapsrevisjon og utbetaling av inntektspåslag til de 11 kommunene som deltok i forsøket. Bevilgningen foreslås redusert med 4,5 mill. kroner. Det foreslås å bevilge 1,1 mill. kroner til administrasjon i 2023.

Evalueringsordninger

Det avsettes 0,5 mill. kroner på post 21 til evaluering av tilskuddsordninger på kap. 761.

Tilskudd til personer med nevrologiske skader og sykdommer

I 2022 ble det totalt bevilget 5 mill. kroner til denne tilskuddsordningen, hvorav 3 mill. kroner i et søkbart tilskudd og 2 mill. kroner øremerket til Hjernerådet.

Tilskuddsordningen til personer med nevrologiske skader og sykdommer har hatt som formål å styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid for og om personer med nevrologiske skader og sykdommer. Landsdekkende tiltak som internettsider, chatte- og telefontilbud, samlinger og likepersonarbeid har vært mottakere av tilskudd. Formålet med tilskuddsordningen til Frivillig arbeid mv. er å fremme og styrke landsdekkende frivillige organisasjoners og stiftelses landsdekkende informasjons- og kontaktskapende arbeid. Målgrupper er personer som kan nyte godt av det landsdekkende informasjons- og kontaktskapende arbeid organisasjonene/stiftelsene driver, både medlemmer, brukere, pasienter og pårørende.

I 2021 ble det søkt om tilskudd for betydelig større beløp enn tilskuddsrammen. Tiltakene bidrar til økt kunnskap som videre styrker dialog og brukermedvirkning i tjenestene.

Det foreslås å flytte 3 mill. kroner til kap. 761, post 71, som følge av det foreslås å slå sammen tilskuddet til personer med nevrologiske skader og sykdommer med tilskuddsordningen Informasjons- og kontaktskapende arbeid på post 71. Tilskuddsordningene er overlappende og en sammenslåing av tilskuddene vil forenkle forvaltningen.

Formålet med tilskuddet til Hjernerådet har vært å styrke deres arbeid for å samordne informasjons- og opplysningsarbeid på nevrologifeltet og videreutvikle samarbeidet med brukerorganisasjoner, fagmiljøer og fagforeninger. Rapportering viser høy aktivitet og måloppnåelse i 2020. Det foreslås å avvikle den øremerkede bevilgningen til Hjernerådet i 2023. Samtidig foreslås det å styrke tilskuddsordningen Informasjons- og kon-

taktskapende arbeid på kap. 761, post 71. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Antibiotikaresistens

Det ble bevilget 3 kroner til Antibiotikasenter for primærmedisin over posten i 2022, til arbeidet med antibiotikaforskrivning rettet mot leger i kommunale institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester. I tillegg ble det bevilget 4 mill. kroner til senteret over kap. 762, post 70. Det foreslås å slå sammen bevilgningene til Antibiotikasenter for primærmedisin. Bevilgningen på 3 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 762, post 70, jf. nærmere omtale der.

Ønsketransporten

Det ble bevilget 5 mill. kroner til Ønsketransporten i 2021 og 2022. Pandemien medførte noe redusert aktivitet i 2021. 58 oppdrag ble utført og 1078 frivillighetstimer lagt ned i 2021. En ny avdeling i Innlandet fylke ble etablert og en avdeling i Vestland fylke – nord, er under etablering.

Det ble i 2022 bevilget 5 mill. kroner til Ønsketransporten. Det foreslås å avvike tilskuddet i 2023. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Evalueringsprosjektet av Omsorg 2020

Omsorg 2020 var datidens regjering sin plan for omsorgssektoren i perioden 2015–2020 og fulgte opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*, jf. Innst. 447 (2012–2013). Formålet med planen var å bidra til langsiktighet i arbeidet med å styrke kapasitet, kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, samt bistå kommunene til å løfte frem fornyelse og forbedring i kommunalt plan- og utviklingsarbeid. Universitetet i Oslo har ledet evalueringsprosjektet av Omsorg 2020 og gjennomført evalueringen sammen med Velferdsforskningsinstituttet (NOVA) og Senter for omsorgsforskning Vest. Forskningsrådet har administrert evalueringen på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet.

Redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltak

Den kommunale omsorgstjenesten har ansvar for mennesker som er særlig sårbare for koronasmitte, enten pga. alder eller fordi de har underliggende sykdommer/ funksjonsnedsettelse som gjør dem spesielt sårbare. I 2020, 2021 og 2022 ble det derfor bevilget midler til ulike ekstraordinære tiltak for å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for eldre og andre sårbare grupper. Tiltakene foreslås nå faset ut i tråd med utviklingen i pandemien og gjenåpningen av samfunnet.

Stimuleringsprogrammet for helsefrivilligheten

Frivilligheten har en sentral rolle i arbeidet med å begrense ensomhet, og i å bidra til nytenkning, sosialt fellesskap og økt aktivitet og deltakelse. Helse- og omsorgsdepartementet opprettet derfor før sommeren 2020 Stimuleringsprogram for helsefrivilligheten (Stimuleringsprogrammet) i samarbeid med Stiftelsen Dam, jf. Prop. 127 S (2019–2020), jf. Innst. 11 S (2019–2020). Programmet ble videreført i 2021 og 2022.

Formålet med programmet har vært å stimulere til tiltak i regi av frivillige organisasjoner som bidrar til å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene. Tilskuddsordningen skal støtte tidsavgrensede tiltak med mål om å fremme levekår, fysisk og psykisk helse, mestring, livskvalitet eller sosial deltakelse under pandemien.

Det ble bevilget 90 mill. kroner til formålet i 2021. Gjennom Stimuleringsprogrammet er det gitt støtte til en rekke organisasjoner og målgrupper. Prosjektene treffer bredt, fra psykisk og somatisk helse, til levekår og tiltak for personer med funksjonsnedsettelse. Prosjektene retter seg mot alle aldersgrupper, med en hovedvekt av deltakere mellom 20–66 år. Tilskuddene er i tråd med regelverket benyttet til opprettelse av møteplasser og digitalisering av likepersonsarbeid, samt sosiale aktiviteter og praktiske tjenester. Midlene har bidratt til å opprettholde aktiviteter for sårbare grupper, som har opplevd stengte eller reduserte tilbud under pandemien.

Tiltakspakke for sårbare eldre

Det ble i 2020 og 2021 bevilget særskilte midler til en tiltakspakke for sårbare eldre. Formålet med tilskuddet har vært å bekjempe ensomhet og sikre aktivitetstiltak for eldre. Som en del av til-

takspakken ble det i 2021 bevilget midler til følgende tilskuddsordninger:

- Aktivitetstilbud og besøksverter
- Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet
- Spisevenner (se kap. 761, post 71)
- Frivillighetens program for besøk og aktivitet (Aktivitetsprogrammet)
- Aktivitetstilbud for personer med demens (se kap. 761, post 71)
- Støtte og avlastning for pårørende (se kap. 761, post 71)
- Opplæring og implementeringsstøtte for å styrke den digitale kompetansen

Aktivitetstilbud og besøksverter (tiltaksplan for sårbare eldre)

Målet for aktivitetstilbud var å stimulere til innovative tiltak for å opprettholde aktivitet og sosial kontakt slik at personer i målgruppen får aktive og meningsfulle hverdager, gode opplevelser og sosial kontakt med sine nærmeste. Målet for besøksvert i sykehjem og omsorgsbolig var at kommuner legger til rette for ev. i samarbeid med frivilligheten, å bistå slik at besøk blir gjennomført på en hyggelig, god og smittevernsikker måte. Målgruppen var eldre personer som er langtidsboende ved sykehjem og i omsorgsbolig med heldøgns bemanning. Det ble i 2021 bevilget 132 mill. kroner til formålet over kap. 761, post 21 og 68.

Det var god etterspørsel på ordningen og tilskuddsmidlene har bidratt til en rekke aktiviteter og tiltak for målgruppen. Hovedaktivitetene har vært samvær og samtaler, felles måltider og fysiske- og kulturelle aktiviteter. Videre er det innvilget tilskudd til utstyr, både til interaktiv kontakt og til varige aktiviteter som minidrivhus, bocciautstyr, sykler mv. Det meste av planlagt aktivitet ble gjennomført. Det var likevel slik at noen tiltak av ulike grunner ikke ble gjennomført. En del tiltak fikk overført midler ble til 2022.

Måloppnåelsen er god, selv om det er en utfordring å dokumentere at tiltakene har motvirket ensomhet hos eldre. Hovedfunnet er at de aller fleste tilskuddsmottakere oppgir at egne tiltak i stor grad var vellykket. Dette tross store utfordringer og justeringer som følge av smittevern.

Aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet (tiltaksplan for sårbare eldre)

Formålet med tilskuddet var å motvirke ensomhet og passivitet og å skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Målgruppen var

seniorer og eldre som bor i eget hjem eller omsorgsbolig. Det ble i 2021 bevilget 74 mill. kroner til formålet.

Tilskuddet har bidratt til aktiviteter som organisasjoner og kommunale virksomheter ellers ikke kunne gjennomføre. Hovedaktivitetene har vært samvær og samtaler, fysiske aktiviteter, felles måltider, hobby- og kulturaktivitet mv. Videre er det bevilget tilskudd til utstyr. Svært mange oppgir også at tiltaket fortsetter etter at tilskuddet er brukt opp, men med et annet og lavere budsjett. Tilskuddet har altså bidratt til nyskaping når det gjelder sosiale tilbud for eldre.

Måloppnåelsen synes god, selv om det er en utfordring å dokumentere at tiltaket har motvirket ensomhet hos eldre. Tiltakene har skapt treff mellom mennesker, enten som møter mellom eldre, flergenerasjonstreff, kontakt mellom eldre og frivillige hjelpere, eller Eldres treff med ansatte ressurspersoner, vesentlig i kommunene og på frivilligsentraler.

Frivillighetens program for besøk og aktivitet (Aktivitetsprogrammet)

Målet med tilskuddet var å fremme levekår, fysisk og psykisk helse, mestring, livskvalitet eller sosial deltakelse hos sårbare eldre og eldre som har fått redusert sine tjenester grunnet smittevernhensyn forbundet med koronapandemien. Tilskuddsordningen forvaltes av Stiftelsen Dam under Frivillighetens program for besøk og aktivitet (Aktivitetsprogrammet) og ble først opprettet i 2020. Det ble bevilget 49,5 mill. kroner til ordningen i 2021.

Nærmere 400 prosjekter hos over 40 frivillige organisasjoner har fått tildelt midler. Frivillighetens program for besøk og aktivitet for sårbare eldre har etter Stiftelsen Dams vurdering vært et treffsikkert og innovativt program som har bidratt stort til helsefrivillighetens innsats under pandemien.

Opplæring og implementeringsstøtte for å styrke den digitale kompetansen (tiltaksplan for sårbare eldre)

Formålet med tilskuddet var å gi IKT-opplæring for å motvirke ensomhet gjennom å bidra til å vedlikeholde og styrke de Eldres muligheter til å opprettholde sine sosiale nettverk, bedre helsekompetansen ved å ta i bruk teknologi for å tilegne seg helseinformasjon på nett, og gjøre eldre bedre i stand til å motta digitale helsetjenester, f.eks. via videokonsultasjon og e-konsultasjon. Kommuner og interkommunale selskaper kunne også søke

om implementeringsstøtte for å sikre at utstyr som kjøpes inn blir integrert i tjenestene på en riktig måte for å sikre ønsket effekt for bruker.

I 2021 ble det innvilget 42 søknader. Av disse var 34 kommuneprosjekter som inkluderte til sammen 68 kommuner, syv frivillige organisasjoner og ett interkommunalt selskap. Fire kommuner har benyttet tilskuddet som implementeringsstøtte. Tilskuddsordningen er ikke videreført.

Post 60 Kommunale kompetansetiltak

Bevilgningen dekker tilskudd til 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. Målgruppe er ansatte i omsorgstjenesten uten relevant helse- eller sosialfaglig utdanning, herunder ansatte med fremmedspråklig bakgrunn.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer på posten.

I 2021 besto 121 deltakere fagprøven som helsefagarbeidere. Antall registrerte deltakere fra oppstart i 2011 til 2021 har vært 1 419 deltakere. I samme periode har 614 personer oppnådd fagbrev og 705 personer oppnådd kompetansebevis. Det har vært en økning av deltakere med minoritetsspråklig bakgrunn. Siden 2012 har 168 personer med minoritetsspråklig bakgrunn oppnådd fagbrev, der 28 personer besto fagprøven i 2021.

Bevilgning foreslås videreført med 9,9 mill. kroner i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025 og Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

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 nå 32 vertskommunene for de beboerne som valgte å bli boende i institusjonskommunen. Tilskudd er fordelt iht. antall gjenværende vertskommunebeboere. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektrengskap 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. Det er innført en skjermingsordning for å sikre vertskommuner mot brått inntektsbortfall, 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. Utbetalingen til de 32 vertskommunene i 2023 har etter justering av frafall en ramme på 900,7 mill. kroner.

Post 63 Investeringstilskudd – rehabilitering mv.

Bevilgningen dekker utbetaling av tilsagn om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser i perioden 2019 til 2022, tilrehabilitering/modernisering, utskifting og tiltak som ikke innebærer ren netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser, jf. post 69. Videre dekker bevilgningen utbetaling av tilsagn om investeringstilskudd til lokalkjøkken med eget produksjonskjøkken fra 2019 og 2020.

Bevilgningen på posten foreslås samlet redusert med 1 019,3 mill. kroner:

- 1,3 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forventet utbetaling av gitte tilsagn om investeringstilskudd til lokalkjøkken fra tidligere år.
- 1 018,6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til forventet ferdigstilling og utbetaling av prosjekter med tilsagn om tilskudd fra tidligere år.

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i institusjon og omsorgsboliger ble innført i 2008. Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til både å fornye og øke tilbudet av institusjonsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. I statsbudsjettet for 2023 foreslås det å

ikke prioritere egne stimuleringsmidler til formålet.

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. I budsjetteringen av investeringstilskuddet legges det til grunn at tilsagnsrammen utbetales over flere år basert på en vedtatt utbetalingsprofil. Ved behandlingen av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022), ble det vedtatt en ny seksårig utbetalingsprofil og to delutbetalinger til kommunene for nye tilsagn, der den første delutbetaling skjer ved byggestart og delutbetaling to når prosjektet er fullført og tatt i bruk. Delutbetaling 1 utgjør 40 pst. av tilskuddet. Av årlig tilsagnsramme legges det til grunn at 10 pst. av tilsagnsrammen kommer til utbetaling det første året og videre 35 pst. i år to, 15 pst. i år tre, 20 pst. i år fire, 15 pst. i år fem og 5 pst. det sjette året etter innvilget tilskudd. Videre ble det fra og med 2022 innført et plankrav ved søknad om investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser, jf. Prop. 1 S (2021–2022), Innst. 11 S (2021–2022).

Det foreslås en bevilgning på 1 248,9 mill. kroner i 2023 knyttet til tilskudd innvilget tidligere år og som kommer til utbetaling i 2023. Av dette er 9,6 mill. kroner knyttet til investeringstilskudd til lokalkjøkken fra 2019 og 2020. Statens utestående forpliktelser på posten, som følge av tidligere års tilsagn, utgjør 1 033 mill. kroner utover foreslått bevilgning.

Rapportering

I 2021 utbetalte Husbanken investeringstilskudd for 2 364,8 mill. kroner på posten. Til sammen 1 396 heldøgns omsorgsplasser ble ferdigstilt og fikk utbetalt tilskudd. 840 av plassene var i sykehjem og 555 i omsorgsbolig.

Over post 63 ble det i 2021 innvilget tilsagn om tilskudd for 974,7 mill. kroner. Til sammen 565 heldøgns omsorgsplasser fikk tilsagn, fordelt på 235 plasser i omsorgsbolig og 345 plasser i institusjon.

Samarbeid med KS om fremtidige behov

Det er etablert samarbeid med KS om et løpende planarbeid for å kartlegge og utrede fremtidige behov med sikte på videre utbygging av sykehjem og omsorgsboliger. Regjeringen og KS sammen-

holder foreliggende materiale fra KS, SSB, diverse undersøkelser, samt statistikk og vurderinger fra Husbanken 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 bl.a. resultert i et felles notat om forståelsen av heldøgnsbegrepet til bruk i statistikk.

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 økt med 133 mill. kroner som følge av økt rentesats. Rentesatsen for 2023 er 3,0 pst. For omtale av tildelingskriterier vises det til Prop. 1 S (2009–2010) Kommunal- og regionaldepartementet.

Ordningen forvaltes av Husbanken. I 2021 ble det utbetalt 748 mill. kroner i kompensasjonstilskudd. Alle tilskudd er utbetalt, og det er ingen avdragsfrihet. Bevilgningsbehovet består av beregnet rentekompensasjon og avdragskompensasjon.

Det foreslås bevilget 938,4 mill. kroner i 2023.

Post 65 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene startet opp i 2016 og skulle pågå i tre år. Forsøket ble videreført og utvidet med flere deltakende kommuner. Forsøket ble avsluttet 31. desember 2021.

De deltakende kommunene mottok et årlig inntektspåslag svarende til 4 pst. av netto driftsutgifter til omsorgstjenestene. Som en nedtrappingsordning skal inntektspåslaget ved avvikling settes ned med 40 pst. første år og med 60 pst. andre år etter avslutning. Tildeling av inntektspåslag for 2023 tar utgangspunkt i helårsvirkning av tildelt inntektspåslag for 2021. Bevilgningen for 2023 skal etter nedtrappingsordningen dekke 40 pst. av inntektspåslag til de 11 kommunene som har vært med i forsøket. Bevilgningen foreslås derfor redusert med 62,9 mill. kroner.

Dersom kommunene i forsøket hadde ubrukte tilskuddsmidler ved utgangen av året forsøket ble avsluttet, kunne midlene bli overført til neste regnskapsår. Ubrukte midler skal deretter tilbakebetales til Helsedirektoratet.

Forsøket ble følgeevaluert. Sluttrapporten ble publisert i januar 2022. I de deltakende kommunene har forsøket gitt økt kvalitet og kompetansebygging vedrørende forvaltning og tildeling av helse- og omsorgstjenester, samt god kvalitet i statistikkgrunnlag og økt bruk av data vedrørende omsorgstjenester. Videre har kommunene gjennom forsøket hatt økt økonomisk handlingsrom til å utvikle et større mangfold av tjenester. Særlig har forsøkskommunene startet opp tjenester i nedre del av omsorgstrappen, slik som hverdagsrehabilitering og ulike typer lavterskeltjenester. Staten har hatt økte utgifter til drift av omsorgstjenester i de deltakende kommunene. De økte utgiftene knytter seg til utbetaling av inntekstpåslag, at uttrekket fra rammetilskuddet justeres etter demografisk utvikling i landet som helhet, ikke for den respektive kommune og at enkelte av enhetsprisene i kommunene er lavere enn de nasjonale enhetsprisene. I tillegg forklarer tilskuddet til ressurskrevende tjenester en del av utgiftsveksten.

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 Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, modellutviklingsprogram om hjemmetid og hjemmedød, tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming og sekretariatsfunksjoner i helsefelleskapene.

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer på posten.

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 skal være en ressurs i fylket og fremme samarbeid mellom kommunene. Totalt er det 20 utviklingssentre i landet. Hvert senter er drevet av en vertskommune.

Utviklingssentrene rapporterer om varierende måloppnåelse i 2021, og samlet sett middels

høy måloppnåelse, grunnet omprioritering av ressurser til pandemiarbeid også i 2021. Satsingsområder for 2021 har vært *Leve hele livet*, Demensplan, kvalitet i tjenester til personer med utviklingshemming, pasientsikkerhet og velferdsteknologi. Det er bygget opp flere læringsnettverk innenfor satsingsområdene.

Sammen med statsforvalterne og KS regionalt utgjør USHTene det regionale støtteapparatet i oppfølgingen av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*. Formålet til støtteapparatet er å understøtte kommunenes endringsarbeid og legge til rette for erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og lokalt forbedringsarbeid i reformperioden.

I 2022 ble USHTene styrket med 10 mill. kroner til bl.a. implementering av Trygghetsstandard-verktøyet. I 2023 skal bevilgningen bidra til at utviklingssentrene støtter kommunene i å spre, implementere og gjennomføre gode tiltak knyttet til aktivitet, felleskap, ernæring, helsehjelp og utvikling av et aldersvennlig samfunn. Det foreslås å bevilge 55,8 mill. kroner over post 67 i 2023.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene til USHTene. Det vises til omtale på kap. 761, post 21 for bevilgning til Senter for omsorgsforskning med formål om å bistå utviklingssentrene i deres arbeid.

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg, og bidra til kompetanseoppbygging i kommunene. Ordningen forvaltes av fem statsforvalterembeter, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. Oversikt over prosjektene publiseres på nettsidene til de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling.

I 2021 ble det bevilget 11,8 mill. kroner til ordningen. Over 60 kommuner fikk midler i 2021. Prosjektene har vært rettet til ulike målgrupper og inkludert barn, voksne og eldre hjemmeboende og i sykehjem, personer med demens og personer med psykisk utviklingshemming. Direktoratet vurderer måloppnåelsen som middels til høy for 2021, tross utfordringer knyttet til pandemi og kommunesammenslåing.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 12,1 mill. kroner i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Modellutviklingsprogram om hjemmetid og hjemmedød

Siden 2021 er det bevilget 3 mill. kroner til et treårig program for utvikling av ulike modeller for hvordan man kan legge til rette for mer hjemmetid og hjemmedød for personer i livet siste fase. Målet med ordningen er å legge til rette for lindrende behandling og omsorg i hjemmet for døende pasienter og deres pårørende, for en verdig død i hjemmet. Målgruppen er personer over 18 år i livets siste måneder og deres pårørende. Målgruppen for utviklingsprogrammet er blant andre sentrale aktører i kommunalt palliativt team, inkludert fastlegen, hjemmesykepleien og andre aktuelle faggrupper, kommunal eller interkommunal palliativ enhet, enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Senter for omsorgsforskning bistår med prosessveiledning.

Bevilgningen foreslås videreført med 3,1 mill. kroner i 2023. Tiltaket inngår i Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg* og er en del av Kompetanseløft 2025.

Tiltak for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming

Tilskuddsordningen skal styrke fag- og tjenesteutvikling og kompetanseheving hos personell som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Direkte målgruppe for tiltaket er ansatte i helse- og omsorgstjenestene som arbeider med personer med utviklingshemming.

Rapporteringen fra tilskuddsmottakerne for 2021 tyder på at pandemien har preget fremdriften også i 2021. Tilskuddet har bidratt til fag- og tjenesteutvikling innen områder som livsfortellingsarbeid, velferdsteknologi, positiv atferdsstøtte, helseoppfølging og ernæring. Flere kommuner organiserer dette som faglige nettverk på tvers av kommuner.

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) bidrar til videreformidling av erfaringene fra prosjektene.

Bevilgningen foreslås videreført med 7,8 mill. kroner i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Sekretariatsfunksjoner i helsefelleskapene

Det foreslås 10 mill. kroner for å videreføre tilskuddsordning for sekretariatsfunksjonene i helsefelleskapene i planperioden for Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonalt helse og sykehusplan 2020–*

2023. I helsefelleskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere og, sammen med brukere og representanter fra lokale fastleger, planlegge og utvikle tjenester sammen. Tilskuddet til kommunal sekretariatsfunksjon skal bidra til at kommunene blir mer samordnet, og dermed et mer likeverdig partnerskap i helsefelleskapet.

Post 68 Kompetanse og innovasjon

Bevilgningen dekker tilskudd til kompetanse og tjenesteutvikling, tilskudd til utvikling av gode modeller for å bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene, tilskudd til modellutvikling Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten og tilskudd til Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I og generell prisjustering foreslås bevilgningen redusert med 3,4 mill. kroner, knyttet til avvikling av tilskuddsordningen til økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet, for å styrke andre prioriterte tiltak.

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet

Formålet med kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet er å bidra til å redusere personellmangelen i omsorgstjenesten. Dette er en endring av ordningen fra tidligere år, og vil styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftig og gode omsorgstjenester, inkl. rusarbeid og psykisk helse.

Dette handler i hovedsak om å øke tilgangen på relevant fagutdannet personell gjennom å prioritere grunn- og videreutdanning av ansatte i tjenestene, og å organisere tjenestene, oppgavene og ansvaret i tjenestene på en måte som sikrer best utnyttelse av tilgjengelig personell. Det skal i tillegg fortsatt gis anledning for tilskudd til BPA-opplæring og gjennomføring av den statlige ABC-opplæringen.

Det foreslås videre å endre innretningen på ordningen fra et kompetanse- og innovasjonstilskudd til et kompetanse- og tjenesteutviklingstilskudd. Etter et tiår med tilskudd til innovasjon i omsorgstjenesten er tiden moden for å oppsummere de innovative løsningene som er utviklet, og gjennom ordningen bidra til en bred implementering av de gode løsningene i de resterende kommunene, særlig i distriktskommunene. Ordningen bør derfor ses i sammenheng med Tørn, der det pågår forsøk med organisering av oppgavene i omsorgstjenesten. Gjennom å organisere tjenester, oppgaver

og ansvar på nye måter kan behovet for personell reduseres, og dermed også personellmangelen.

Det ble bevilget 358 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2022. Det foreslås en samlet bevilgning på 367,4 mill. kroner til 2023. Midlene forvaltes av statsforvalterne. Tilskuddsordningen inngår i Kompetanseløft 2025 og Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Det ble i 2021 bevilget midler til opplæring av i overkant av 3 000 assistenter, arbeidsledere og saksbehandlere for brukerstyrt personlig assistanse i 2021. I underkant 28 500 ansatte i omsorgstjenestene fullførte en grunn-, videre- eller etterutdanning i 2021 med midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Av disse fullførte om lag 560 personer en bachelorutdanning i helse- og sosialfag, om lag 1 430 personer en utdanning på videregående nivå, om lag 660 personer en fagskoleutdanning, om lag 1 800 personer en videreutdanning eller mastergradsutdanning innenfor høyere utdanning, og om lag 22 000 personer kurs, internopplæring eller annen type etterutdanning. Om lag 2 000 ansatte knyttet til rusfeltet og psykisk helse fullførte et kompetansetiltak i 2021.

Det ble i 2021 gitt tilskudd til 363 innovasjonsprosjekter. Hoveddelen av prosjektene omhandler forebygging, tidlig innsats og egenmestring, kulturopplevelser, velferdsteknologi, habilitering og rehabilitering, ernæring, samt samspill med pårørende og frivillige. Videre er det bevilget midler til prosjekter innen bl.a. legemiddelhåndtering og fritidsaktivitet med assistanse.

Det ble til og med 2021 gitt tilskudd til implementering av velferdsteknologi, som del av Nasjonalt program for velferdsteknologi. Etter tildeling av tilskuddsmidlene i 2021 var 80 pst. av kommunene med i velferdsteknologiprogrammets spredningsprosjekt for trygghets- og mestringsteknologi. Det tilsvarer 266 kommuner. Til sammen har 310 kommuner deltatt i prosjektet siden prosjektet startet opp. Dekningsgraden på 80 pst. deltagelse av kommunene i velferdsteknologiprogrammet vurderes som god.

Som ledd i regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan, ble det foreslått i 2021 å øremerke opptil 5 mill. kroner årlig innenfor innovasjonstilskuddet til å opprette og teste modeller for fleksible kommunale avlastningstilbud for pårørende. Satsingen vil løpe i strategiperioden 2021–2025. Pandemien har forsinket arbeid med pårørende-prosjekter, men flere prosjekter er påbegynt.

Det foreslås å avsette 12 mill. kroner innenfor ordningen til å etablere en regional koordinatørrolle organisatorisk plassert hos statsforvalterne sammen med tilstøtende funksjoner, for å gi støtte

og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling. Strategisk kompetanseutvikling er viktig for å sikre kommunene nødvendig kompetanse for å nå sine kompetansemål, særlig i distriktskommuner.

I 2023 foreslås det videre at 10 mill. kroner av bevilgningen går til å støtte kommunene i deres arbeid med å spre, implementere og gjennomføre gode lokale tiltak for tjenesteutvikling, jf. omtale på post 21. Statsforvalter og KS skal bidra til å sette i verk tiltak som virker gjennom erfaringsdeling og spredning, bl.a. gjennom et systematisk nettverksarbeid. Gjennom målrettet oppfølging veiledes kommunene til å sette kompetanseutvikling og innovasjonsarbeid i system for varige endringer, istedenfor enkeltstående prosjekter og piloter. Dette skal også bidra til å skape en god overgang til Bo trygt hjemme-reformen.

Økt kompetanse, kontinuitet og aktivitet

Formålet med tilskuddet er utvikling av gode modeller for å bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene. Målgruppen for tilskuddsordningen er kommuner som sammen eller hver for seg kan iverksette tiltak for å bidra til utvikling av gode løsninger innenfor de områdene som følger nedenfor.

Det ble bevilget til sammen 13,5 mill. kroner i 2022. Bevilgningen foreslås redusert med 3,4 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. I 2023 foreslås det en bevilgning på 10,5 mill. kroner.

Tørn-prosjekt – Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenestene

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til forbedring av arbeidsformer og organisering av arbeidet i omsorgstjenesten for å øke kontinuiteten i tjenestene, gi brukere og ansatte større forutsigbarhet og trygghet, og bidra til tjenester som er tilpasset brukernes hverdag. Tiltak som bidrar til flere heltidsstillinger er en viktig del av dette. KS har ansvaret for modellutprøving og spredning av erfaringer og kunnskap til kommunene.

Det ble i 2022 bevilget 10,1 mill. kroner til tiltaket. Rapportering viser at Tørn-prosjektet er godt i gang og gir gode effekter. Det er etablert et nytt heldigitalt læringsnettverk for kommuner som samarbeider om løsninger for bl.a. organisering, arbeidstider, stillingsbrøker m.v. Tørn jobber med utvikling av flere nye piloter framover. I 2022 vil Tørn ha fokus på deling og spredning av kunnskap om ny organisering av arbeid og

arbeidstid som prosjektet har opparbeidet så langt.

Det foreslås en bevilgning på 10,5 mill. kroner til tiltaket i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025 og Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester

Midlene har dekket tilskudd til kommuner for å utvikle og spre gode modeller for hospitering av ansatte mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet har vært gjensidig kompetanseoverføring for å bidra til å sikre god kunnskap i tjenestene og om hverandres hverdag og brukergruppe, for å sikre helhetlige og gode forløp for pasientene.

Det ble i 2021 bevilget 10 mill. kroner til ordningen. Ordningen er avviklet og det ble ikke bevilget midler i 2022. Rapportering fra 2021 viser en forsinket oppstart grunnet pandemisituasjonen. Det er gitt tilskudd til seks pågående prosjekter. Resultater vil foreligge i 2022. Senter for omsorgsforskning gjennomfører en følgeevaluering og erfaringene skal brukes til å utvikle modeller for hospitering som kan spres videre. Det er antydning til høy måloppnåelse p.t.

Aktivitetstilbud til langtidsboende ved sykehjem og beboere i omsorgsbolig med heldøgns bemanning

Formålet med tilskuddsordningen har vært å stimulere til innovative tiltak for å opprettholde aktivitet og sosial kontakt slik at personer i målgruppen får aktive og meningsfulle hverdager, gode opplevelser og sosial kontakt med sine nærmeste. Midlene har gått til implementering av tiltak som bidrar til gode opplevelser for den enkelte.

I 2022 ble det bevilget 3,4 mill. kroner til tiltaket. Tilskuddet er forvaltet av statsforvalteren. Det rapporteres om lav måloppnåelse og ressurskrevende forvaltning i forhold til effekt. Tilskuddet foreslås avviklet og omdisponert fra 2023.

Modellutvikling Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten

Tilskudd til et treårig modellutviklingsprogram Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten ble opprettet i 2021. Formålet er å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet rapporterer om stor interesse og mange kvalifiserte søkere fra kommunene i 2021. Tilskuddet ble fordelt slik at det ble tildelt midler tilsvarende én modell per helse-region. Kommunene samarbeider bl.a. med USH-Tene.

Tilskuddet skal bidra til å utvikle ulike modeller for hvordan klinisk ernæringsfysiolog kan benyttes som ressurs for omsorgstjenesten i det systematiske mat- og ernæringsarbeidet. Modellutviklingsprogrammet kan inkludere fag- og kvalitetsutviklingsarbeid, kvalitetssikring av mattilbudet og ernæringsoppfølgingen, bistand i læringsnettverk, tverrfaglige team, strategi- og planarbeid mv. Modellutviklingsprogrammet skal også vektlegge tverrfaglig samarbeid mellom ansatte i kjøkken og ansatte i helse- og omsorgstjenestene for å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov, og nasjonale anbefalinger. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet og skal inkludere en evaluering etter at prosjektet er avsluttet i 2023. Modellene som utvikles skal ha overføringsverdi til andre kommuner. Helsedirektoratet skal samle og spre løsningene fra de kommunale prosjektene, bl.a. basert på erfaringene fra tidligere modellutviklingsprogram i demensplanarbeidet.

Tiltaket inngår i Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester. Tiltaket inngår også i Kompetanseløft 2025.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,2 mill. kroner i 2023.

Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund

Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund arbeider for å stimulere til kompetanseutvikling og innovasjon for å møte fremtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet med bærekraftige og gode tiltak og tjenester. Helseinnovasjonssenteret har gjennom 2021 hatt stor aktivitet med involvering i 35 prosjekter sammen med ulike aktører. Mange prosjekter er flerårige og har vært i en tidlig fase i 2021, slik at resultater vil foreligge på et senere tidspunkt. Et spesielt fokus har i 2021 vært rettet mot demens og demenssykdom. Flere av prosjektene som er gjennomført i 2021 kan vise til ny metodiske behandling og oppfølging basert på pasientenes ønsker og behov. Pandemien har medført at det har vært færre møteplasser for innbyggerdialog enn ønskelig. Høsten 2021 gikk Helseinnovasjonssenteret inn for å øke innsatsen på tre områder som har vært og vil bli viktige for sen-

teret også i fremtiden. Bevilgningen foreslås videreført med 10,6 mill. kroner i 2023.

Belønningsordning fritt brukervalg

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022) og tilleggsnummer 1 (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble bevilgningen til økonomisk belønningsordning for fritt brukervalg avvirket. I 2020 ble det innvilget ett tilskudd, som ble utbetalt i 2021. I 2021 var det ingen nye tilsagn.

Post 69 Investeringstilskudd, netto tilvekst

Bevilgningen dekker utbetalingen av investerings-tilskudd til netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser innvilget fra og med 2019. Tilskuddet forvaltes av Husbanken.

Bevilgningen foreslås redusert med 0,7 mill. kroner knyttet til forventet utbetaling av tilsagn om tilskudd gitt i perioden 2019–2022. Det benyttes samme budsjetteringssystem for post 69 som for post 63, jf. nærmere omtale der. Statens utestående forpliktelser på posten, som følge av tidligere års tilsagn, utgjør 791,7 mill. kroner utover foreslått bevilgning.

Netto tilvekst innebærer at plasser som får tilskudd kommer i tillegg til de plassene kommunen allerede har. Kommunen kan ikke avvikle eksisterende plasser i ti år fra søknadstidspunktet for tilskudd som gir netto tilvekst.

Rapportering

I 2021 ble det utbetalt investeringstilskudd for 573,3 mill. kroner. 400 heldøgns omsorgsplasser ble ferdigstilt og fikk utbetalt tilskudd, hvorav 74 i sykehjem og 326 i omsorgsbolig.

Over post 69 ble det i 2021 innvilget tilsagn om tilskudd til 377 heldøgns omsorgsplasser til netto tilvekst i kommunene som mottok tilsagn om tilskudd, fordelt på 298 plasser i omsorgsbolig og 79 plasser i institusjon. Samlet tilsagnsbeløp var 608,7 mill. kroner.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige og ideelle organisasjoner. Målet er å fremme og styrke landsdekkende informasjons- og opplysningsvirksomhet, kontaktskapende arbeid, aktivitetstiltak mv. Det er gjennom ordningen formidlet kunnskap om ulike grupper til pasienter og brukere, helsepersonell, pårørende og andre gjennom bl.a.

brosjyrer, filmer, informasjonssamlinger og telefon- og chattetjenester.

Det foreslås å flytte 3 mill. kroner fra kap. 761, post 79 knyttet til tilskudd til informasjons- og veiledningsarbeid om nevrologiske skader og sykdommer. Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I og generell prisjustering foreslås bevilgningen i tillegg styrket med 4,4 mill. kroner.

Informasjons- og kontaktskapende arbeid mv.

Målet med tilskuddsordningen er å fremme og styrke landsdekkende frivillige organisasjoner og stiftelsers informasjons- og kontaktskapende arbeid mv.

Det er i 2021 formidlet kunnskap om ulike grupper til helsepersonell, pårørende og andre gjennom bl.a. brosjyrer, filmer, informasjonssamlinger og telefon- og chattetjenester.

Tilskuddsordningen informasjons- og veiledningsarbeid om nevrologiske skader og sykdommer er overlappende med tilskuddet til informasjons- og kontaktskapende arbeid mv. Tilskuddsordningene foreslås slått sammen til ett tilskudd. Det foreslås derfor å flytte 3 mill. kroner fra kap. 761, post 79. Videre foreslås bevilgningen styrket med 4,4 mill. kroner og må sees i sammenheng med områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2. Derfor foreslås det også at alle øremerkede bevilgninger på posten avvikles og at hele tilskuddsordningen på 28 mill. kroner er søkbar for landsdekkende organisasjoner.

Tilskudd til aktivitetstilbud for personer med demens

Tilskuddet ble opprettet i 2021 som en engangsbevilgning på 20 mill. kroner knyttet til å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre. Formålet med tilskuddet var å stimulere til gode aktivitetstilbud for personer med demens i regi av frivillige og ideelle organisasjoner. Personer med demens har behov for gode og tilrettelagte aktivitetstilbud gjennom hele sykdomsforløpet. Målgruppen var personer med demens og deres pårørende.

Det var lav etterspørsel, og rammene for ordningen ble redusert med 9,8 mill. kroner, jf. Prop. 20 S (2021–2022) og Innst. 83 S (2021–2022). Det ble bevilget tilskudd til 23 prosjekter. Prosjektene startet opp etter sommeren 2021, og skal være ferdig innen 20. august 2022. Resultatrapportering vil foreligge i 2023.

Tilskudd til støtte og avlastning for pårørende

Tilskuddet ble opprettet i 2021 som en engangsbevilgning på 15 mill. kroner knyttet til å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre. Formålet med tilskuddet var å mobilisere frivillig innsats rettet mot eldre pårørende til hjemmeboende. Det var elleve søkere, hvorav fem søknader ble innvilget. Smitteverntiltakene og smittesituasjonen gjorde det utfordrende å gjennomføre prosjekter. Det ble utbetalt om lag 6,2 mill. kroner i 2021. De fleste har søkt om overføring av midler til 2022.

Tilskudd til spisevenner

Tilskuddet ble opprettet i 2021 som en engangsbevilgning på 20 mill. kroner knyttet til å redusere de negative konsekvensene av smitteverntiltakene for sårbare eldre. Formålet med tilskuddsordningen var å stimulere frivillige og ideelle organisasjoner til å bidra til gode mat- og måltidsopplevelser for eldre.

Det ble i 2021 fordelt 13,5 mill. kroner til 26 ulike prosjekter. Midlene ble utbetalt høsten 2021. De fleste har søkt om overføring av midler til 2022 og vil slutføre prosjektene i løpet av høsten 2022.

Post 72 Landsbystiftelsen

Bevilgningen dekker tilskudd til Camphill Landsbystiftelsen i Norge. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av stiftelsens landsbyer.

Utover gjennomgående budsjettiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer på posten.

Camphill Landsbystiftelsen i Norge, som er inspirert av antroposofien, skal tilby et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. De seks landsbyene skal gi beboerne en trygg livssituasjon hvor de kan ta egne valg, få god omsorg, et meningsfylt arbeid og et rikt kulturliv.

Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til landsbyene. Helse- og omsorgsdepartementet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap.

Det foreslås å videreføre bevilgningen med 90,6 mill. kroner i 2023.

Post 73 Særlige omsorgsbehov

Bevilgningen dekker tilskudd til lindrende enheter og delvis utgifter til drift av fag- og opplæringsseksjonen for kompetanseheving internt og eksternt ved Signo Conrad Svendsen senter. I tillegg får Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter bidrag til drift.

Utover generell prisstigning og gjennomgående budsjettiltak omtalt i del 1, foreslås bevilgningen på poten redusert med 33 mill. kroner for å styrke andre tiltak.

Tilskudd til lindrende enheter

Formålet med tilskuddet er å styrke mangfoldet av tilbudet til de som trenger lindrende behandling og omsorg. Tilskuddet skal gå til etablering og drift av lindrende enheter som drives etter hospicefilosofien. Frivillige aktører og stiftelser kan søke om tilskudd. Særlig tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg til barn og unge skal prioriteres. Tiltaket inngår i Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*.

Som en del av regjeringens gjennomgang av enkeltstående tilskudd foreslås det å avvikle øremerking av tilskudd til Lukas Hospice i Malvik og barnehospice i Kristiansand. Samtidig foreslås det å innlemme bevilgningen i det søkbare tilskuddet til lindrende enheter og redusere denne med 30 mill. kroner.

Det foreslås 51,6 mill. kroner i et søkbart tilskudd til drift og etablering av lindrende enheter i 2023. Aktører som har etablert/etablerer tilbud basert på tilskudd fra denne ordningen skal prioriteres i videre søknadsprosesser, så fremt alle vilkår for midlene ellers er oppfylt.

I 2021 ble det i tillegg til øremerket tilskudd til etablering og drift av Lukas Hospice i Malvik og barnehospice i Kristiansand, gitt tilskudd til etablering av en ny avdeling for barn og unge voksne i regi av stiftelsen Nordre Aasen i Oslo og til Stiftelsen Frambu i Nordre Follo sitt tilbud for barn og unge. Prosjektene er komplekse og i oppstartsfasen. Koronasituasjonen skapte utfordringer i virksomhetene for planlegging og drift. Alle fire måtte innskrenke noe av denne grunn, bl.a. ved å utsette og avlyse enkelte aktiviteter. Tilbudene er delvis i drift, og flere har sett god fremdrift og kapasitetsutnyttelse. Det ble også ansatt flere og det er god utvikling i samarbeid med forskningsmiljøene.

Anmodningsvedtak

Hospice Malvik og Barnehospice Kristiansand

Vedtak nr. 153, 3. desember 2020

«Stortinget ber regjeringen øremerke 30 millioner kroner til Hospice Malvik og 30 millioner kroner til barnehospice i Kristiansand også hele pilotperioden.»

Vedtaket ble truffet ved behandlingen av behandlingen av Prop. 1 S (2020–2021), jf. Innst. 2 S (2020–2021).

Lukas stiftelsens hospice i Malvik og Foreningen for barnepalliasjon sitt barnehospice i Kristiansand har mottatt øremerket tilskudd til etablering og drift over flere år. I statsbudsjettet for 2022, jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det øremerket 30,8 mill. kroner til Hospice Malvik og 30,8 mill. kroner til Barnehospice i Kristiansand. Regjeringen vil øke likebehandlingen av tilskuddssøkere og som en del av områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2, foreslås det å utvikle en rekke tilskudd øremerket til navngitte mottakere i 2023, inkludert tilskuddene til Barnehospice i Kristiansand og Lukas hospice Malvik. Samtidig foreslås det å styrke det søkbare tilskuddet til etablering og drift av lindrende enheter som drives etter hospicefilosofien på posten med 33,3 mill. kroner, til 51,6 mill. kroner i 2023. Forslaget er en del av og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2

Lindrende behandling og omsorg er en del av både RHF-ene og kommunenes lovpålagte ansvar. Frittstående hospice er tilbud på siden av de ordinære helse- og omsorgstjenestene og kan bidra til skjævfordeling av tjenestene ved at det er lettere å benytte seg av tilbudet for de som hører til i den aktuelle regionen. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag å gjennomgå status for etableringen av barnepalliative team og vurdere behovet for ytterligere etablering og styrking av barnepalliative team. Sykehusene fikk oppdrag om å etablere regionale barnepalliative team i 2020 i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge, og er i gang med dette.

Regjeringen foreslår at vedtak nr. 153 oppheves, jf. forslag til romertallsvedtak.

Tilskudd til 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). Seksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde ved Signo Conrad Svendsen senter. Det foreslås å videreføre tilskudd til Signo Conrad Svendsen senter med 17,2 mill. kroner i 2023.

Tilskudd til Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserødhjemmet drevet av Syvendedags Adventistkirken 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 tildelegningskriterier:

- 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 ovenfor, kan anvendes til medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved tiltaket. Dette kan være tilbud om dagplass, korttids plass, hjemmebesøk mv. Tilskuddet tildeles bestemte mottakere. Tilskuddet har over flere år hatt dårlig måloppnåelse.

Det foreslås at tilskuddet avvikles ved en gradvis nedtrapping på 3 år. I 2022 ble det bevilget 9,2 mill. kroner. I 2023 foreslås det å bevilge 6,5 mill. kroner i tilskudd til drift av Mosserødhjemmet og Jødisk bo- og seniorsenter. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Post 75 Andre kompetansetiltak

Bevilgningen dekker tilskudd til Fagnettverk Huntington og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU).

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisomregning foreslås det ingen endringer på posten.

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 fagnettverk, 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. Fagnettverket har gjennomført tiltak for å øke kompetanse og kunnskap om Huntington, samt koordineringsutvikling på tvers av sentrene. Nettsiden fagnettverk Huntington er videreutviklet som et viktig verktøy i arbeidet.

Bevilgningen foreslås videreført med 5,5 mill. kroner i 2023.

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 den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ett av satsingsområdene til NAKU er å drifte Kunnskapsbanken, som helse- og omsorgspersonell kan bruke som støtte og veiledning i sitt daglige arbeid. I 2021 var prioriterte oppgaver innsamling, systematisering og formidling av kunnskap om levekår og tjenester til personer med

utviklingshemming, å bistå kommunene i arbeid med kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling og pasientsikkerhet, samt samarbeid og dialog med tjenestene og relevante kompetansemiljø.

Bevilgningen foreslås videreført med 6,5 mill. kroner i 2023.

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:

- 3,4 mill. kroner fra kap. 769, post 21 knyttet til avvikling av kap. 769.
- 2 mill. kroner fra kap. 765, post 71 knyttet til tilskudd til Pårørendealliansen.
- 3 mill. kroner til kap. 762, post 70 knyttet til Antibiotikasenter for primærmedisin.
- 5 mill. kroner til kap. 761, post 71 knyttet til Tilskudd til personer med nevrologiske skader og sykdommer og avvikling av enkeltstående tilskudd til Hjerneverket.

Utover generell prisjustering og gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I foreslås det i tillegg følgende bevilgningsendringer sammenlignet med saldert budsjett 2022:

- 10 mill. kroner i økt bevilgning til tilskuddsordningen Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver
- 7,8 mill. kroner til Noklus for videre- og slutføring av arbeidet med å kvalitetssikre laboratorievirkningen i hjemmetjenesten.
- 3 mill. kroner i økt bevilgning til Menn i helse, som en del av opptrappingsplanen for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.
- 5 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til avvikling av tilskudd til Ønsketransporten, som en del av områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Helse- og omsorgsdepartementet 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 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	349 753	187 653	215 951
60	Forebyggende helsetjenester	421 825	413 078	463 975
61	Fengselshelsetjeneste	188 943	193 876	198 591
63	Allmennlegetjenester	804 826	416 455	626 441
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	57 471	70 062	60 051
73	Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	60 432	61 538	62 284
74	Stiftelsen Amatheia	26 035	26 712	20 470
	Sum kap. 762	1 909 285	1 369 374	1 647 763

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

- 210 mill. kroner som en del av samlet styrking av allmennlegetjenesten med 690 mill. kroner. Resterende 480 mill. kroner foreslås bevilget over Kommunal- og distriktsdepartementet kap. 571, post 60.
- 45 mill. kroner til styrking av tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- 7,7 mill. kroner flyttet fra kap. 781, post 79 til kap. 762, post 21 knyttet til diabetesarbeid.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til DigiUng.
- 15 mill. kroner er flyttet fra kap. 762, post 70 til kap. 745, post 01 til etablering og drift av nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- 10,6 mill. kroner er flyttet fra kap. 701, post 21 til kap. 762, post 21 til videre utvikling av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).
- 6,2 mill. kroner er flyttet til kap. 740, post 01 knyttet til faste oppgaver for Helsedirektoratet.
- 0,2 mill. kroner er flyttet til Kommunal- og distriktsdepartementets kap. 525, post 01 knyttet til beredskapsarbeid og tilsynsvirksomhet på Svalbard og Jan Mayen.

Bevilgningen dekker statlige stimuleringsmidler til forebyggende helsetjenester, fengselshelsetjenester, allmennlegetjenester, forskning og kompetanseutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester og til seksuell helse.

Allmennlegetjenesten

Fastlegeordningen og de øvrige allmennlegetjenestene, dvs. legetjenester i sykehjem og andre kommunale institusjoner, i fengsel, i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og legevakt, er en del av grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten. Denne grunnmuren må bevares og utvikles. Å legge til rette for bærekraftige allmennlegetjenester er derfor en av hovedsatsningene for denne regjeringen.

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og har i stor grad vært en suksess. Siden den gang har det skjedd endringer i samfunnet, befolkningen, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Befolkning eldes og det blir flere med kronisk sykdom, det har skjedd en medisinsk-teknologisk utvikling, og organisering av tjenestene i både kommunene og i spesialisthelsetjenesten er endret slik at flere tjenester leveres i hjemmet og færre i institusjon. Samhandlingsreformen innebar i tillegg flere og mer avanserte oppgaver for kommunene. Innbyggernes forventninger til tilgjengelighet har økt og tjenestebehovene er blitt mer komplekse. Flere har behov for god opplæring for å mestre livet med sykdom og funksjonssvikt, og for oppfølging av sammensatte og langvarige tilstander. Hensynet til samfunnets bærekraft framover tilsier at allmennlegetjenesten, i samarbeid med de øvrige helse- og omsorgstjenestene, må bidra mer til forebygging, redusert sykdomsbyrde, redusert sykefravær i arbeidslivet, og til bedre egenmestring og færre sykehusinnleggelseser.

Regjeringen vil utvikle en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Det forutsetter en sterk allmenn-

legetjeneste. Målet for allmennlegetjenesten er at det skal være bredde og kvalitet i tjenestetilbudet, tilstrekkelig kapasitet, faglige fellesskap for de ansatte som skaper kvalitet og trivsel og fellesskap rundt pasientene, og handlingsrom for og tillit til at kommunene leder tjenestene ut fra sine behov.

Regjeringen trenger et godt faglig grunnlag for å løse utfordringene i allmennlegetjenesten. Det er nedsatt et ekspertutvalg for å vurdere og foreslå tiltak når det gjelder organisering og finansiering av fastlegeordningen, kompetansekrav og for legevakt. Den gjeldende handlingsplan har ikke hatt tilstrekkelig effekt. Regjeringen ser derfor behovet for tydelige, strukturelle grep som rustet opp allmennlegetjenesten på både kort og lang sikt. Disse må baseres på kunnskap for å unngå utilsiktede, negative konsekvenser i en så viktig tjeneste for innbyggerne.

Regjeringen har bedt ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten utrede hvordan fastlegeordningen kan gjøres mer bærekraftig. Dette innebærer at de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten skal brukes best mulig. Samtidig må tjenestene til befolkningen i hele landet være gode, med bredde, kvalitet og kontinuitet i tjenestetilbudet og med tilstrekkelig kapasitet i virksomhetene. For å oppnå dette skal utvalget bl.a. vurdere tiltak for å øke kapasiteten ved å rekruttere flere leger, gjennom å tilrettelegge for flere profesjoner og mer samarbeid ved allmennlegekontorene og ved digitalisering. Utvalget skal også utrede forhold knyttet til organisering og finansiering, hvor ett av punktene er takster som legger til rette for flerfaglige praksiser ved at refusjonsrett knyttes til en fastlegevirksomhet, herunder profesjonsnøytrale takster. Utvalget skal også vurdere alternative tiltak for å legge til rette for økt arbeidsdeling og samarbeid i fastlegeordningen, herunder også forsøksordninger. Videre skal utvalget utrede endringer i legevakt slik at fastleger får redusert arbeidstid i legevakt, og samtidig sikre en god legevaktstjeneste i hele landet, og se på endringer i kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget leverer foreløpige anbefalinger 1. desember 2022 og endelige anbefalinger 15. april 2023.

Ekspertutvalget innebærer ikke at regjeringen utsetter å handle. Den har allerede satt i gang flere viktige tiltak. Regjeringen har i 2022 styrket tilskuddet til allmennleger i spesialisering (ALIS). Ordningen ble fra 2022 en nasjonal ordning. Regjeringen har i 2022 også etablert et legevakttilskudd for kommuner med de største rekrutteringsutfordringene. Tilskuddet har fått god mottakelse. Samtidig følges tiltakene i handlingsplanen

fra 2020 opp. Det jobbes med å redusere fastlegenes arbeidsoppgaver med attester og erklæringer og med å legge til rette for bruk av hensiktsmessige digitale verktøy.

I 2023 legger regjeringen fram en helhetlig og sterk satsing på allmennlegetjenesten.

For å legge bedre til rette for god oppfølging av innbyggerne med de største behovene for tjenester og skape en mer rettferdig fordeling av basistilskuddet, foreslår regjeringen å styrke og legge om basistilskuddet allerede fra 1. mai i 2023. Omleggingen foreslås slik at svært få fastleger får lavere basistilskudd enn tidligere, mens leger med tyngre lister får økt tilskudd. Legene som får økt tilskudd vil få større handlingsrom til å korte listene sine, uten å gå ned i inntekt, eller ansette personell de kan dele oppgavene med, slik at de kan gi listeinnbyggerne bedre tjenester.

Videre foreslår regjeringen å øke bevilgningen til nasjonale ALIS-avtaler for å sørge for at alle som inngår i et spesialiseringsløp i allmennmedisin får en slik avtale.

Regjeringen foreslår i tillegg å bevilge 10 mill. kroner for å styrke forskning og arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennmedisin.

Digitalisering skal gi nyttige verktøy i hverdagen som bidrar til å sikre hensiktsmessig arbeidsflyt i fastlegekontoret, bidra til økt kvalitet og til rett prioritering av ressursene ved fastlegekontoret. Det foreslås midler til videreføring av arbeidet med triageringsverktøy som skal bygge videre på forsøket som er gjennomført i 2022.

Samlet foreslås det å styrke allmennlegetjenesten med 690 mill. kroner i 2023 fordelt på følgende tiltak:

- 480 mill. kroner risikjustert basistilskudd med virkning fra 1. mai 2023.
- 200 mill. kroner nasjonal ALIS.
- 10 mill. kroner forskning i allmennmedisin i 2023.

Helårseffekten av forslaget er 920 mill. kroner.

Barn, unge og familier

Barn, unge og deres familier er et av regjeringens viktigste satsningsområder. Barn og unge skal oppleve god tilgjengelighet til hjelp når de trenger det. For å lykkes med dette kreves det koordinering og samarbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivåer. I samarbeid har Barne- og familiedepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal-

og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet etablert en Kjernegruppe for samarbeid om barn og unge. Kjernegruppen skal bl.a. bidra til at sektorpolitiske mål, aktiviteter og ressurser blir sett i sammenheng og initiere felles innsatser som kan gi bedre måloppnåelse på tvers av sektorer. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet koordinerer det tverrsektorielle samarbeidet om barn og unge på direktoratsnivå. Direktoratene skal bygge videre på erfaringene fra 0–24-samarbeidet som ble avsluttet i 2021. Se nærmere omtale under Barne- og familiedepartementets proposisjon, programkategori 10.11.

Meld. St. 25 (2020–2021) *Likeverdsreformen – Et samfunn med bruk for alle* ble lagt fram våren 2021, jf. Innst. 570 S (2020–2021). I 2022 har statsforvalterne fått i oppdrag å innhente kunnskap om hvordan kommunene som første klageinstans behandler klager. Videre ble det som en del av Likeverdsreformen innført en lovfestet rett til barnekoordinator fra 1. august 2022. Kommunene ble i 2022 kompensert med 100 mill. kroner for ikrafttredelse av lovendringen fra 1. august 2022, jf. kap. 571, post 60. Det foreslås ytterligere 80 mill. kroner over rammetilskuddet til kommunene over Kommunal- og distriktsdepartementet i 2023 til helårsvirkning av forslaget. Videre ble det fra 1. august 2022 innført harmoniserte og styrkede regler om samordning og samarbeid mellom velferdstjenestene. Felles forskrift om individuell plan trådte også i kraft 1. august 2022. Direktoratene for velferdstjenestene har utarbeidet en felles veileder til regelverksendringene.

Et sentralt mål for regjeringen er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet til barn, unge og deres familier, inkludert tilbudet til gravide, gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For barn og unge er det viktig at hjelpen er lett tilgjengelig, av god kvalitet og tilpasset barn og unges behov. Regjeringen vil satse på lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene, slik at man kan få rask hjelp uten krav om henvisning. Regjeringen vil også styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og ha en særskilt satsning på psykisk helsevern for barn og unge. Arbeidet med en ny opptrappingsplan for psykisk helse har startet opp. Se nærmere omtale under kap. 762, post 60 og kap. 765.

Barn i barnevernet har som gruppe et større omfang av helseplager enn andre barn. Helsesatsingen i barnevernet skal derfor videreføres og styrkes. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har iverksatt en rekke tiltak for å bedre helsehjelp til barn i barnevernet, bl.a. Nasjonalt forløp for barnevern som skal sikre barn

tidlig helsehjelp og oppfølging. Barn som plasseres utenfor hjemmet og hvor det er behov for ytterligere kartlegging, kan tilbys en mer omfattende helsekartlegging, jf. Prop. L 222 (2020–2021). Slik helsekartlegging er under etablering. Se nærmere omtale under kap. 762, post 21, kap. 732, post 70 samt kap. 855, post 01 i Barne- og familiedepartementets budsjettproposisjon.

Et særlig satsingsområde for regjeringen er arbeidet mot vold og overgrep. Regjeringen skal legge fram en opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Se nærmere omtale under kap. 765 og i Barne- og familiedepartementets og Justis- og beredskapsdepartementets budsjettproposisjoner.

Regjeringen skal videre legge fram en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet i form av en stortingsmelding i 2023. I den forbindelse skal det også lanseres et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Det foreslås å styrke kommunenes oppsøkende arbeid rettet mot barn og unge. Se nærmere omtale under kap. 762, post 62 og kap. 714, post 70.

Barn og unge har høy digital kompetanse, men mange opplever det som krevende å finne fram til helseinformasjon og vurdere kildene. Det arbeides derfor med å legge til rette for utvikling og drift av digitale tjenester til barn og unge, herunder digitalisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og for å tilrettelegge for kvalitetssikret og relevant informasjon som er lett tilgjengelig. Regjeringen har besluttet at ung.no skal være statens primære kanal til barn og unge. Se nærmere omtale under kap. 762, post 21.

Helsetjenester til migranter og innvandrerehelse

Personer fordrevet fra Ukraina som har midlertidig kollektiv beskyttelse i Norge, og asylsøkere har samme rett til helsetjenester som resten av Norges befolkning. Helsemyndighetene følger nøye med på situasjonen med økte ankomster av personer fra Ukraina, bl.a. for å følge med på kapasitet i den helse- og omsorgstjenesten. Det har fortløpende blitt vurdert tiltak som kan avlaste eller øke kapasiteten i helsetjenesten. Kommunene har i hovedsak meldt om at kapasiteten i helsetjenesten jevnt over er god, men flere kommuner, særlig de som har mottak, har meldt om press på fastlegetjenesten og psykososial oppfølging.

Helsedirektoratet oppdaterer og tilpasser kontinuerlig den nasjonale veilederen om helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente. Direktoratet har oversatt informasjon om rettigheter og tilgang til helsetjenester for flyktninger fra

Ukraina. Stortinget har vedtatt midlertidige lovendringer på grunn av den ekstraordinære situasjonen, jf. Prop. 107 L (2021 – 2022) og Innst. 352 L (2021–2022). Dette åpner for at Helse- og omsorgsdepartementet ved forskrift kan gjøre helt eller delvis unntak fra enkelte plikt- og rettighetsbestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven når det som følge av et høyt antall ankomster til Norge av personer fordrevet fra Ukraina er nødvendig å foreta omstillinger eller prioriteringer for å bidra til å sikre at tjenestenes kapasitet ikke overskrides. Det vil ikke være adgang til å gjøre unntak fra plikt og rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det kan heller ikke gjøres unntak fra plikt til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester, verken på tjenestenivå eller individnivå. Lovendringene er midlertidige og varer til 1. juli 2023. Det vises til Arbeids- og inkluderingsdepartementet sin Prop. 1. S (2022–2023) for en helhetlig omtale av regjeringens håndtering av økte ankomster av fordrevne fra Ukraina med midlertidig kollektiv beskyttelse.

Pandemi- og krisehåndtering har tydeliggjort viktigheten av å nå en mangfoldig befolkning uavhengig av helsekompetanse, språkkompetanse og digitale ferdigheter. I 2021 ble resultatene fra Norges første undersøkelse av befolkningens helsekompetanse publisert. Tallene viste bl.a. at én av tre har lav helsekompetanse, noe som innebærer at personer har ulike utfordringer med å finne fram til, forstå, vurdere eller nyttiggjøre seg av helseinformasjon og helsetjenester. Tilsvarende kartlegging av helsekompetanse blant ulike innvandrergupper viser det samme eller et noe forsterket utfordringsbilde. I tillegg er digitalt utenforskap en økende utfordring bl.a. med en aldrende befolkning. I løpet av 2022 vil Helsedirektoratet gjennomføre en pilot som kan brukes til å vurdere helsekompetansevennlige organisasjoner i Norge.

Arbeid for å motvirke sosial ulikhet i helse, bedre helsekompetanse i befolkningen og tiltak mot sårbare grupper vil følges opp gjennom bl.a. folkehelsemeldingen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan i 2023.

Anmodningsvedtak

Helsehjelp og psykologisk oppfølging av ukrainske flyktninger

Vedtak nr. 570, 24. mai 2022

«Stortinget ber regjeringen sikre at helsetjenestene er beredt til å ta imot ukrainske flyktning-

ger med kollektiv beskyttelse og gi de som trenger det, helsehjelp og tilbud om psykologisk oppfølging, og gi sikkerhet for at ekstraordinære kostnader knyttet til dette vil bli kompensert.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:147 S (2021–2022), jf. Innst. 292 S (2021–2022).

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at personer fordrevet fra Ukraina som har midlertidig kollektiv beskyttelse og asylsøkere i Norge har samme rett til helsetjenester som resten av Norges befolkning. Helse- og omsorgsdepartementet har siden krigsutbruddet fulgt situasjonen med økte ankomster av personer fra Ukraina nøye, bl.a. for å følge med på at det er tilstrekkelig kapasitet i helse- og omsorgstjenesten som følge av økte ankomster. Det har vært tett kontakt mellom helsemyndighetene og statsforvaltere og kommuner for å vurdere tiltak som kan avlaste eller øke kapasiteten i helsetjenesten. Kommunene har i hovedsak meldt om at kapasiteten i helsetjenesten jevnt over er god, samtidig rapporterer mange kommuner, særlig de som har mottak, om press på fastlegetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykososial oppfølging. Gjennom Stortingets behandling av Prop. 78 S (2021–2022) jf. Innst. 270 S (2021–2022) ble det bevilget 15 mill. kroner til å styrke psykososial beredskap. Dette har skjedd gjennom en midlertidig økning til relevante kompetansesentre og gjennom å opprette en rammeavtale som kan sikre kommunene praktisk psykososial bistand ved kriser og katastrofer.

De regionale helseforetakene ble bedt om å forberede seg på en stor flyktningetilstrømming fra Ukraina, og i den forbindelse bl.a. sikre stor nok kapasitet til tuberkulosescreening. Her er det gjennomført tiltak for å øke kapasiteten. I tillegg har de regionale helseforetakene etablert en nasjonal og regional koordinering av mottak av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina som befinner seg i nabolandene. Det er lagt til grunn at kostnadene for behandling av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina vil bli dekket. Videre vil det bli vurdert om det er behov for å kompensere spesialisthelsetjenesten for ekstrabelastningen som følge av den økte flyktningetilstrømmingen.

Anmodningsvedtaket anses som kvittert ut.

Utvalg som skal vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)

Helse- og omsorgspersonell gjør et svært viktig arbeid i en helse- og omsorgstjeneste hvor det å

håndtere alvorlig sykdom, skade og død er en del av hverdagen. Denne innsatsen medfører også risiko. Noen ganger skjer det alvorlige hendelser der dødsfall eller betydelig skade på pasient er uventet i forhold til hva som kan anses som påregnelig risiko. Virksomheten har da en plikt til å varsle alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Media har over lengre tid hatt søkelyset på Helsetilsynet sin håndtering av varselordningen. Regjeringen ønsker en ny drøfting av hvordan samfunnet skal håndtere alvorlige hendelser, og særlig varselordningenes plass i det. Regjeringen har derfor nedsatt et utvalg som skal vurdere varselordningene til Helsetilsynet og Ukom. Utvalget skal bl.a. vurdere hvordan varselordningene praktiseres og følges opp av virksomhetene, Helsetilsynet og Ukom. Det skal også vurdere hva som er utfordringene med dagens varselordninger og hva som bør være formålet med ordningen. Utvalget skal komme med konkrete forslag til tiltak for å forbedre varselordningene, samt utarbeide forslag til eventuelle endringer i organisering, roller, ansvar og regelverk. I arbeidet skal utvalget benytte seg av både nasjonal og internasjonal kunnskap innen feltet. Berørte interessenter/parter skal involveres/høres underveis i arbeidet. Utvalget skal avgi sin rapport innen 1. april 2023.

Anmodningsvedtak

Helse-, sosial- og omsorgssektoren – saksbehandling av klager

Vedtak nr. 1105, 2. juni 2021

«Stortinget ber regjeringen sørge for at saksbehandlingstiden hos statsforvalteren i klagesaker på helse-, sosial- og omsorgssektoren reduseres. Stortinget orienteres på egnet måte.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Meld. St. 25 (2020–2021), jf. Innst. 570 S (2020–2021). Kontroll- og konstitusjonskomiteen merket seg i Innst. 141 S (2021–2022) at Stortinget har behov for et konkret resultat som viser reduksjon i saksbehandlingstiden.

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert gjennom ressursrapportering og tall fra NESTOR (nettbasert system for tilsyn og rettighetssaker) som viser at det har vært en økning i andel rettighetsklager behandlet innen tre måneder for sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Videre har antall restanser for rettighetsklager

innen helse- og omsorgstjenester blitt redusert i perioden 1. januar 2022 til 30. juni 2022.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

- 10 mill. kroner til PraksisNett i 2023.
- 10,6 mill. kroner flyttet fra kap. 701, post 21 til kap. 762, post 21 til videre utvikling av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).
- 7,7 mill. kroner flyttet fra kap. 781, post 79 til kap. 762, post 21 knyttet til diabetesarbeid.
- 6,2 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til DigiUng
- 5 mill. kroner flyttet fra kap. 762, post 60 til kap. 762, post 21. Dette er midler til rehabiliteringsformål.
- 1 mill. kroner flyttet fra kap. 762, post 63 til kap. 762, post 21. Dette er midler til pilot oppfølgingsteam.
- 0,4 mill. kroner flyttet fra kap. 762, post 61 til kap. 762, post 21 til Helsedirektoratets drift av nettverk, konferanser, fagutvikling og implementering av veileder i fengselshelsetjenesten.
- 0,2 mill. kroner flyttet fra kap. 762, post 21 til Kommunal- og distriktsdepartementet, kap. 525, post 01.

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til utviklingstiltak innen primærhelsetjenester. Bevilgningen kan nyttes under post 70.

Ekspertutvalg for allmennlegetjenesten

Regjeringen har nedsatt et ekspertutvalg som skal utrede endringer innenfor allmennlegetjenesten, jf. omtale under kap. 762. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å stille et sekretariat til disposisjon for utvalget. Det foreslås bevilget 4,2 mill. kroner til utvalgsarbeidet, herunder sekretariatsfunksjonen.

Primærhelseteam

Det ble i 2022 bevilget 93,7 mill. kroner til primærhelseteampiloten over kap. 762, hvorav 67,7 mill. kroner på post 63 og 26 mill. kroner på post 21. Det foreslås det å redusere bevilgning til primærhelseteam for 2023. Det foreslås å videreføre driftsmidler til pilotkontorene inntil regjeringen har tatt stilling til ekspertutvalgets anbefalinger

knyttet til flerfaglighet. Det foreslås videreført 66 mill. kroner til dette på kap. 762, hvorav 54,8 mill. kroner på post 63, 7,8 mill. kroner på post 21 og 3,4 mill. kroner på kap. 740, post 01. Det vises til nærmere omtale av primærhelseteam på kap. 762, post 63 under flerfaglige arbeidsfellesskap.

Pilot oppfølgingsteam

Det ble i 2022 bevilget 10,7 mill. kroner til oppfølgingsteam, hvorav 4 mill. kroner på post 21 og 6,7 mill. kroner på post 63. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2023 med 4,7 mill. kroner på post 21, 5,9 mill. kroner på post 63 og 0,4 mill. kroner på kap. 740, post 01. Det vises til nærmere omtale av oppfølgingsteam på kap. 762, post 63.

Triagering og arbeid med risikojustering av basistilskuddet

Å triagere innebærer å vurdere grad av hast, prioritere og sortere henvendelser fra pasienter basert på informasjonen pasienten oppgir. Målene med triageringsverktøy i allmennlegetjenesten er å spare lege- og pasienttid, benytte en kvalitet- og ressursmessig riktig andel digitale kontakter og heve kvaliteten i selve konsultasjonen.

Triageringsverktøy er pilotert i 2021–2022 av 30 fastleger ved fire legekantor med en løsning gjort tilgjengelig for fastlegens listeinnbyggere på Helsenorge.no av Norsk Helsenett (NHN). I 2021 ble det bevilget 5 mill. kroner til formålet. I 2022 ble det bevilget 5 mill. kroner, samt omdisponert 3,5 mill. kroner. I 2023 foreslås det å bygge videre på erfaringene fra utprøvingen og videreføre arbeidet. Det skal gjøres løsningsvalg og foretas nødvendig utvikling, faglig og teknisk, for en framtidig løsning som vil kunne breddes.

I 2022 ble det bevilget 5 mill. kroner til Helsedepartementet til arbeidet med et verktøy til risikojustering. Arbeidet videreføres i 2023. Det vises til omtale av risikojustert basistilskudd på kap. 762, post 63.

Det foreslås til sammen 20 mill. kroner til formålene i 2023.

Digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging (DHO) omtales nærmere under kap. 762, post 63. Det vises også til omtale av nasjonalt velferdsteknologiprogram under kap. 761, post 21 og kap. 701, post 21.

Det ble bevilget til sammen 22 mill. kroner under kap. 762 til videreføring av digital hjemme-

oppfølging i 2022, 10 mill. kroner på kap. 762, post 21 og 12 mill. kroner på kap. 762, post 63. Det foreslås å videreføre bevilgningen og fordelingen mellom postene i 2023. I tillegg foreslås det 1,5 mill. kroner over kap. 761, post 21.

Legevaktfeltet

Utfordringene i fastlegeordningen og i legevakt henger tett sammen. Å styrke legevakt er også et ledd i å stimulere til økt rekruttering til allmennlegetjenesten. Legevakttilskuddet som ble opprettet i 2022 er et steg på veien til å snu den negative utviklingen i fastlegeordningen, men det jobbes også med mer langsiktige tiltak.

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten skal utrede endringer i legevakt som bl.a. legger til rette for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, først og fremst på natt, ved bl.a. å vurdere ev. bruk av teknologi, annet personell og samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ekspertutvalget skal levere endelig rapport i april 2023.

I 2022 har en partssammensatt arbeidsgruppe, bestående av staten, KS, Legeforeningen og Oslo kommune, arbeidet for at lokalt utviklede modeller for bedret arbeidsbelastning på legevakt kan utbres til flere legevakt-distrikter. Arbeidsgruppen har gjennomført en digital samling med et utvalg av de minste kommunene. Basert på innspill til denne samlingen har arbeidsgruppen kommet med forslag til tiltak og videre arbeid for å møte utfordringene i legevaktordningen. Bl.a. foreslår de at Helsedepartementet, KS og Legeforeningen får i oppdrag å utarbeide en veileder som kan hjelpe kommunene med å identifisere lokale utfordringer, hvilke modeller for organisering av ordningen som er aktuelle og hvordan disse kan tilpasses for å møte det lokale utfordringsbildet.

For å videreutvikle og styrke legevaktjenesten må vi ha kunnskapsbaserte tiltak. Som en oppfølging av handlingsplanen for allmennlegetjenesten, ble det i 2021 nedsatt en ekspertgruppe på legevakt. Ekspertgruppen kartla vaktbelastning for lege i vakt og fant at det er store variasjoner i fastlegers belastning fra legevakt mellom større og mindre kommuner. Vaktbelastningen på fastlegene er størst i de minste kommunene. Det er ofte kommuner som allerede sliter med å rekruttere leger. Det ble avsatt 2,5 mill. kroner til ekspertgruppens arbeid. Det vises til omtale av tilskudd til organisering av legevakt under post 63.

Helsedepartementet har ledet et pilotprosjekt på legevaktfeltet som har som mål å bidra til en

bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i kommunene i framtiden. Drift av prosjektet startet i 2019 og avsluttes i 2022. Prosjektet følges evaluert. Sluttevalueringen skal foreligge mot slutten av 2022. Så langt viser erfaringene at modellen kan egne seg for andre distrikter. Sluttevalueringen vil kunne belyse forutsetningene for en slik utbredelse. Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til drift av pilotprosjektet i 2022. Det vises til omtale under post 63.

De midlertidige endringene i akuttmedisinforskriften § 7 som trådte i kraft 30. april 2021 er forlenget til 31. desember 2022. Våren 2022 rapporterte Helsedirektoratet at kommuner fortsatt hadde ressursutfordringer med å bemanne legevakt. På denne bakgrunn ble de midlertidige endringene som innebærer at leger med fullført LIS1, etter nærmere vilkår er unntatt fra kompetansekravene som er nedfelt i akuttmedisinforskriften § 7 videreført.

Nasjonalt telefonnummer 116 117 er et EU-harmonisert telefonnummer til alle kommunale legevaktssentraler som er gratis å ringe for innbyggerne. Drifts- og samtalekostnader dekkes av staten via Helsedirektoratet. Det ble bevilget 4 mill. kroner til formålet i 2022. Bevilgningen foreslås videreført i 2023 med 3,8 mill. kroner på kap. 762, post 21 og 0,3 mill. kroner på kap. 740, post 01.

Forskning, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Det er behov for å styrke satsingen på det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er videre behov for systematisk kunnskapsstøtte til kommunene og mer forskning i, på og om kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert forskningsinfrastruktur for allmennlegetjenesten.

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 viser at det drives lite systematisk kvalitetsarbeid ved legekantorene. Dette tydeliggjør et behov for helhetlig og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og i øvrige allmennlegetjenester. Både kommunene og sentrale helsemyndigheter har lite kunnskap om kvaliteten på allmennlegetjenestene som leveres og det finnes for få kvalitetsindikatorer. Som en del av arbeidet må det legges til rette for å innhente data og å utvikle kvalitetsindikatorer.

Helsedirektoratet har utredet hvordan et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste bør innrettes. Formålet med systemet er å bidra til målrettet, systematisk og samordnet innsats for gode og trygge tjenester,

og legge til rette for at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan etterleves. Det er et mål at både kvaliteten i tjenestene og kompetansen i praktisk kvalitetsforbedringsarbeid styrkes. Arbeidet skal bidra til færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene.

Arbeidet med det nasjonale systemet er forankret i Helsedirektoratet med involvering av relevante aktører som bl.a. KS, Folkehelseinstituttet (FHI), Direktoratet for e-helse, Legeforeningen og Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (NOKLUS). Senter for kvalitet i legetjenesten (SKIL) spiller også en viktig rolle i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i kommunene. Kunnskapen og kompetansen til SKIL vil derfor være viktig inn i arbeidet som pågår med det nye nasjonale systemet og SKIL vil inngå som en sentral aktør i dette. Det ble i 2022 bevilget 8 mill. kroner til SKIL for å understøtte SKILs arbeid inn mot nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste. Bevilgningen foreslås videreført med 8,2 mill. kroner.

Bedre kunnskap gjennom forskning er sentralt for å utvikle fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten forutsetter forskning og fagutvikling. For å legge til rette for dette, foreslås det 10 mill. kroner til drift av PraksisNett i 2023. PraksisNett er en forskningsinfrastruktur som skal legge til rette for at forskere skal kunne gjennomføre gode og kvalitetssikrede kliniske studier i norsk allmennpraksis og skal legge til rette for raskere og enklere identifikasjon og rekruttering av pasienter til kliniske studier i allmennlegetjenesten. Infrastrukturen er knyttet til de allmennmedisinske universitetsmiljøene og forskningsenhetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, og er en viktig bidragsyter inn i arbeidet med å systematisere klinisk forskning i primærhelsetjenesten. PraksisNett skal støtte opp under og bidra til det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen, allmennlegetjenesten og i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

OECD har tatt initiativ til en omfattende undersøkelse om pasientrapporterte indikatorer kalt PaRIS. En rekke OECD-land, inkludert Norge, samarbeider om å utvikle og implementere indikatorer som skal måle resultat av og erfaringer med bruk av helsetjenester. I Norge er FHI nasjonal pro-

sjektleder. Det ble i 2022 bevilget om lag 570 000 kroner til OECD for å dekke Norges andel av kostnadene til undersøkelsen. Det ble i 2022 gjennomført en pilot for undersøkelsen og det er planlagt å gjennomføre selve undersøkelsen i 2023.

Det foreslås til sammen 18,2 mill. kroner til PraksisNett og SKIL. Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskapsgrunnlaget i og om tjenesten og bidra til målrettet, systematisk og samordnet innsats for trygge og sikre helse- og omsorgstjenester og bedre pasientsikkerhet, og legge til rette for at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan etterleves. Arbeidet skal bidra til færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Gjennomføring av handlingsplanen for allmennlegetjenesten

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024 ble lagt fram i mai 2020, og presenterer tre målområder: en trygg og attraktiv karrierevei, god kvalitet til alle og fremtiden er temabasert. Helsedirektoratet bistår Helse- og omsorgsdepartementet i arbeidet med å følge opp og gjennomføre tiltakene i handlingsplanen.

Det pågår omfattende arbeid for å styrke allmennlegetjenesten lokalt i kommunene og nasjonalt. Det har i planperioden vært høy aktivitet og det er arbeidet med en rekke tiltak. Det kjøres kampanjer, webinarer og informasjonsdeling knyttet til at det er iverksatt nye tiltak som eksempelvis introduksjonsavtaler, ny tilskuddsordning for nasjonal ALIS og legevakttilskudd.

Basisfinansieringen er styrket og gjennomsnittlig listelengde har gått ned de siste årene, og fortsetter å gå ned. Den største reduksjonen er i andelen lister med over 1000 innbyggere.

Bedre arbeidsdeling, økt flerfaglighet og samhandling er viktig både på fastlegekontoret, innen kommunal helse- og omsorgstjeneste, og mot spesialisthelsetjenesten. Utprøving av primærhelseteam sees i sammenheng med dette arbeidet. Evaluering viser at pasienter som følges opp av primærhelseteam opplever økt kontinuitet, bedret tilgjengelighet og mestring av egen helsetilstand. Evalueringen peker videre på at denne arbeidsformen har potensiale til å redusere behovet for omfattende helsetjenester.

Ledelse er viktig, både for å lykkes med utvikling av et godt fungerende team, og for andre forhold ved fastlegekontoret. En styrket ledelse i fastlegeordningen og i øvrig kommunal allmenn-

legetjeneste er prioritert. I 2022 ble dette fulgt opp med styrket bevilgning til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, og økt antall plasser øremerket leger i kommunale helse- og omsorgstjenester. For å tilrettelegge for at flere leger skal kunne gjennomføre lederutdanning, er det utviklet en kortere utdanning basert på samme grunnsprinsipper. Handelshøyskolen BI har oppdraget med å tilby begge utdanningene. Utdanningene følgeevalueres.

Rekruttering til allmennmedisin har et betydelig fokus. Tilskudd til ALIS-avtaler skal bidra til at flere leger starter opp med og gjennomfører spesialistutdanningen i allmennmedisin. Det var i 2021 en betydelig økning i antall utbetalte tilskudd. Ny tilskuddsordning, Nasjonal ALIS og veiledning, ble lansert i 2022. Det har vært en prioritet å forenkle den nye tilskuddsordningen, og gjøre søknadsprosessen lettere. Kommuner kan søke for fastleger, fastlegevikarer, introduksjonsleger og leger i annet kommunalt legearbeid. Tilskuddets størrelse vil avhenge av stillingskategori, stillingsandel og antall hele måneder i perioden det søkes tilskudd for. Det er også mulig å kun søke tilskudd til veiledning. Kommuner med sentralitetsgrad seks, får høyere maksimalt årlig tilskuddsbeløp. ALIS i disse kommunene kan få tilleggselementer i sin ALIS-avtale.

Det er innført introduksjonsavtaler som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon når de jobber på andre fastlegers lister, også når listeansvarlig fastlege samtidig er til stede på legekantoret. Formålet er å legge til rette for spesialisering i allmennmedisin for leger i annet allmennlegearbeid. Videre forventes introduksjonsavtalene å bidra til rekruttering til fastlegeordningen, ved at introduksjonslegene får mulighet til å gjøre seg erfaringer med arbeid som fastlege.

Antall LIS1-stillinger er økt med 200 i planperioden.

ALIS-kantorene har en viktig rolle med å bistå og rådgi kommunene i arbeidet med å tilrettelegge for ALIS-avtaler og følge opp spesialistutdanningen i allmennmedisin og samfunnsmedisin. ALIS-kantorene har i 2022 fått endret sitt mandat.

Fastlegene opplever å jobbe for mye. Å redusere arbeidsbelastningen er et prioritert område. Arbeidet med å gjennomgå og redusere attester og erklæringer som fastleger utsteder har et høyt fokus. Fastlegers attester til NAV er gjennomgått med formål å forenkle og se på muligheten for en mer fleksibel informasjonsinnhenting. Arbeidet knyttet til øvrige attester og vurderingen av virkemidler som kan bidra til å redusere etterspørselen etter attester og erklæringer har fortsatt i 2022.

Styrket satsning på det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er viktig for å oppnå god kvalitet til alle. Helsedirektoratet har utredet hvordan det kan etableres et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og i øvrig allmennlegetjeneste.

Nye arbeidsverktøy kan gi nye muligheter og legge til rette for å realisere forbedringer. Helsedirektoratet har i tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF planlagt og gjennomført anskaffelse av triageringsverktøy som nå er under utprøving. Triageringsløsningen skal bidra til at henvendelser rettes til riktig mottaker og type tjeneste, til bedre prioritering mellom de ulike henvendelsene til fastlegekontoret, og til økt og forbedret bruk av e-konsultasjon hos fastleger. Behovet for triageringsverktøy ble aktualisert som følge av den økte bruken av e-konsultasjon i forbindelse med covid-19 pandemien. Gjennom utarbeidelse av et nytt tilskuddsregelverk er fastlegekontorer rekruttert til å delta i triageringspiloten. Selve utprøvingen startet opp høsten 2021, og vil fortsette gjennom 2022. Endringer gjøres underveis etter innspill fra pilotkontorene. Piloten følges evaluert.

En sentral del av Helsedirektoratets arbeid er å følge med på utviklingen i tjenesten og på måloppnåelse. Gjennom planperioden har direktoratets gjennomføringsapparat fokus på å innhente og utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer og statistikk på allmennlege- og legevaktområdet. Følgemed-arbeidet publiserer rapporter kvartalsvis og årlig. I tillegg følges evaluert handlingsplanen.

Andre årsrapport og første rapport fra ekstern evaluator ble lagt fram i mai 2022. Rapportene slår fast at en stadig høyere andel listeinnbyggere står på liste uten fast lege, at det blir færre ledige listeplasser på liste med fast lege, at det er vanskeligere å få vikarlege, og at konkurransen mellom kommuner om legene er stor. Mangel på spesialister i allmennmedisin gjør at det i flere kommuner ikke er nok veiledere til allmennleger i spesialisering. Bemanningsutfordringene rammer både små og store kommuner og i stadig større grad også allmennlegetjenesten utenfor fastlegeordningen.

Det ble i 2022 bevilget 8 mill. kroner til å gjennomføre og evaluere handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Det foreslås å videreføre midlene til evaluering og dekning av videre arbeid med allmennlegetjenesten.

Digitale tjenester til barn og unge

Barn og unge trenger og etterspør kvalitetssikret informasjon, råd, veiledning og hjelp via digitale flater. De ønsker tjenester som er tilgjengelige her og nå, på deres premisser. Pandemien har ytterligere aktualisert dette behovet. Digital tilgjengelighet til både informasjon og tjenester – på tvers av sektorer – er nødvendig for å nå ut og hjelpe barn og unge. Målet er at barn og ungdom finner lett tilgjengelig og kvalitetssikret informasjon, veiledning og tjenester.

Regjeringen har besluttet at ung.no skal være statens primære tverrsektorielle kanal for digital informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge på tvers av tjenestenivåer gjennom realisering av DigiUng-programmet. Ung.no skal være en brukervennlig inngangsport til kvalitetssikret informasjon og hjelpetjenester drevet av det offentlige på tvers av sektorer og skal tilby informasjon, hjelp og veiledning som utvikler handlingskompetanse og muliggjør å ta gode valg og mestre eget liv.

DigiUng er et tverrsektorielt samarbeid som bygger videre på ung.no slik at unge skal få tilgang til veiledning og tjenester på ett sted, sammen med den informasjonen de finner på ung.no i dag. Avhengig av hvilke behov de unge har, er det lagt opp til tre nivåer av interaksjon. På nivå én tilbys informasjon og veiledning. Nivå to dekker de som trenger noe mer, f.eks. noen å snakke med (chat/telefon) eller verktøy til å hjelpe seg selv til å mestre hverdagen litt bedre. Andre vil trenge individuell hjelp og oppfølging utover de åpne ressursene som finnes på nivå én og to. Dette tilbys på nivå tre via sikker innlogging.

DigiUng kan beskrives som et digitalt økosystem. I DigiUng er ung.no portalen som skal tilgjengeliggjøre tjenester og innhold fra relevante sektorer for ungdom på ett sted.

Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet vil i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Justisdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet utvikle DigiUng videre, og utarbeide felles styringssignaler til relevante virksomheter om deltakelse i DigiUng. For Helse- og omsorgsdepartementet gjelder dette Helsedirektoratet, FHI og Direktoratet for e-helse. Det vises også til omtale Barne- og familiedepartementets proposisjon, programkategori 11.10 familie og oppvekst.

Det ble i 2022 avsatt 35 mill. kroner på kap. 762, post 21 for å legge til rette for å utvikle og drifte digitale tjenester til barn og unge. Midlene

ble tildelt Helsedirektoratet, og ble i 2022 disponert til syv ulike delprosjekter innenfor DigiUng-programmet. Midlene har blitt brukt til å utvikle og drifte lett tilgjengelig og kvalitetssikret informasjon, veiledning og tjenester til ungdom, gjennom et helhetlig og tverrsektorielt digitalt tilbud som bidrar til mestring og selvhjelp. Flere av delprosjektene i programmet inngår som tiltak i regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord og noen er tilknyttet livshendelsen Alvorlig sykt barn fra digitaliseringsstrategien.

Bevilgningen foreslås økt til 40 mill. kroner. Deler av bevilgningen kan tildeles organisasjoner som er med i DigiUng nettverket i form av tilskudd til samarbeid og felles teknisk utvikling. Størrelsen på beløpet som settes av til denne tilskuddsordningen avgjøres ut ifra behovet nettverket har og mulighetsrommet for teknisk utvikling i budsjettperioden.

Arbeidet med DigiUng sees i sammenheng med livshendelsen Alvorlig sykt barn. I regi av prosjekteier Helsedirektoratet er det i 2021 gjennomført en StimuLab-prosess, som har gitt innsikt i brukerens behov og utfordringer, der lett tilgjengelig informasjon trekkes fram. Helsedirektoratet har i 2022 fått tilsagn om midler fra Digitaliseringsdirektoratets medfinansieringsordning til tiltaket informasjonsassistent. Målet er å svare ut behovet om forståelig informasjon tilpasset den enkelte bruker. Tiltaket innebærer ikke at det skal utarbeides en ny nettside eller portal, men en teknisk løsning som muliggjør rask oppdatering av informasjon.

Det ble i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022) bevilget 11,3 mill. kroner til drift og videreutvikling av digitale tjenester til ungdom og helseinformasjon via ung.no. Bevilgningen er bl.a. benyttet til å finansiere svar på helsespørsmål på ung.no og på ulike utviklings- og prosjektarbeid knyttet til chat-tjenester, søk-funksjonalitet og sikker dialog. Det foreslås bevilget 11,6 mill. kroner til formålet i 2023.

Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp

Formålet med læringsnettverk for gode pasientforløp er å støtte kommunene og helseforetakene i arbeidet med å bedre overgangene i pasientforløpet og sikre brukernes behov gjennom helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Gjennom læringsnettverkene får kommuner og helseforetak råd og veiledning til å arbeide systematisk med pasientforløp og dokumentere brukernes effekt. Nettverkene stimulerer til spredning av forskning, utvikling av kunnskap og bygging av kompetanse og forbe-

dring av kvalitet på tvers av fagområder og profesjoner. Evalueringsrapporten fra 2020 viser at gode pasientforløp har bidratt til drive fram et nødvendig paradigmeskifte i retning av en mer personsentrert helse- og omsorgstjeneste.

Tiltaket er forankret i avtalen mellom regjeringen og KS om gjennomføring av kvalitetsreformen for eldre, Leve hele livet, og i Kompetanseløft 2025.

Det ble vedtatt å videreføre læringsnettverk for gode pasientforløp med tilskudd i perioden 2020 til og med 2022. I ettertid har prosjektperioden blitt forlenget til ut 2023 på grunn av pandemien. Målet for den nye perioden er at alle landets kommuner og sykehus skal få tilbud om å delta i nettverkene.

I 2022 ble det bevilget 4 mill. kroner til læringsnettverkene for gode pasientforløp over kap. 762, post 21. Bevilgningen videreføres i 2023. Det vises også til omtale på kap. 765, post 21.

Helse- og omsorgstjenester i fengsel

Helsedirektoratet ivaretar tilskuddsforvaltning til kommuner og fylkeskommuner med fengsel og følger med på faglige problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenester til innsatte. Det er etablert et fagråd for helse- og omsorgstjenester til innsatte, der både helsetjenesten og kriminalomsorgen er representert. Det foreslås 0,4 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid på dette området i 2023. Se øvrig omtale av fengselshelsetjenesten under post 61.

Seksuell helse

God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringferdigheter gjennom hele livet. Den enkeltes behov for støtte og hjelp til å realisere best mulig seksuell helse varierer gjennom livsløpet.

Stortinget bevilget jf. Innst. 11 S (2021–2022) 13,3 mill. kroner over kap. 762, post 21 til oppfølging av Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022), herunder Helsedirektoratets ordning for gratis kondomer til målgruppene. Strategien vil bli videreført ett år. Det tas sikte på å legge fram en ny strategi for seksuell helse i løpet av 2023.

Åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet er samfunnsmessige faktorer som fremmer seksuelle rettigheter. Seksuelle rettigheter brukes om menneskerettigheter som ivaretar seksuell helse. Sentralt står retten til fritt og selvstendig å velge om og når en ønsker å

være seksuelt aktiv, velge sin partner i samsvar med egen seksuell orientering uten å bli utsatt for diskriminering eller kriminalisering, og retten til å velge om, når og hvor mange barn en vil ha.

Det foreslås å bevilge 13,7 mill. kroner til formålet i 2023.

Nasjonal diabetesplan

Arbeidet innen diabetes vil være viktig for å bidra til regjeringens mål om god helse og mestring i befolkningen. Det foreslås å flytte 7,7 mill. kroner fra kap. 781, post 79 til kap. 762, post 21 til oppfølging av arbeidet med diabetes jf. omtale i kap. 781, post 79.

Gjennom Stortingets vedtak av statsbudsjettet for 2022, jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det bevilget 4 mill. kroner til oppfølging av Nasjonal diabetesplan 2017–2021. Planen har hatt som mål å forbedre helse- og omsorgstjenestenes arbeid med å forebygge, følge opp og behandle personer med diabetes. Flere tiltak i planen er fulgt opp gjennom samarbeid mellom Helsedirektoratet og Diabetesforbundet. Det ble foreslått i Prop. 1 S (2021–2022) å fornye diabetesplan fra 2022. Direktoratet har i 2022 levert forslag til tiltak til fornyet plan. Nasjonal diabetesplan vil videreføres fram til 2024. Helse- og omsorgsdepartementet vil sammen med Helsedirektoratet vurdere nye tiltak i denne perioden. Det foreslås å videreføre bevilgningen til oppfølging av diabetesplanen. Oppfølging på diabetesområdet vil ses i sammenheng med andre relevante politiske dokumenter som planlegges lagt fram i 2023, som Folkehelsemeldingen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Det foreslås totalt 13 mill. kroner til arbeid på diabetesområdet i 2023.

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. Regjeringen har hatt et mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020. Selv om målet sannsynligvis er nådd, er det viktig å fortsette arbeidet også etter 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en nasjonal handlingsplan for et bedre smittevern (2019–2023) med det mål å redusere helse-tjenesteassosierte infeksjoner. Koronapandemien har gitt flere erfaringer som kan være verdifulle for arbeidet med å nå målene i handlingsplanen. Videre arbeid med smittevern og helsetjenesteassosierte infeksjoner vil bli et tema i Folkehelsemeldingen.

Det foreslås å videreføre midler til Helsedirektoratets arbeid med smittevern i 2023.

Anvendelse av helselovgivningen på Svalbard og Jan Mayen

Det foreslås å flytte 0,2 mill. kroner til Statsforvalteren i Troms og Finnmark til kap. 525, post 01 slik at bevilgningen inngår som en integrert del av øvrige bevilgninger til statsforvalteren. Midlene nyttes til beredskapsarbeid og tilsynsvirksomhet på Svalbard og Jan Mayen.

Beslutningsstøttesystem for sykemeldere

Beslutningsstøttesystem for sykemeldere ble etablert i 2019. Det ble i 2022 bevilget 0,5 mill. kroner til forvaltning og oppdatering av verktøyet, både mht. faglig utvikling og regelverksendringer. Det foreslås at midlene videreføres i 2023.

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Stortinget bevilget jf. Innst. 11 S (2021–2022) inn-til 1,6 mill. kroner til implementeringsaktivitet i 2021 knyttet til Helsedirektoratets arbeid med pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Midlene ble brukt til formålet i 2021. Bevilgningen ble ikke videreført i 2022.

Habilitering og rehabilitering

Helsedirektoratet har i tildelingsbrev for 2022 fått i oppdrag å følge opp evalueringen av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. De igangsatte tiltakene i 2022 er i hovedsak knyttet til bedre informasjon og datakvalitet. Evalueringen av opptrappingsplanen vil være et viktig kunnskapsgrunnlag i arbeidet med rehabilitering og mestring i Nasjonal helse- og samhandlingsplan som skal legges frem i 2023. Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra kap. 762, post 60 til kap. 762, post 21 til å dekke rehabiliteringsformål, jf. omtale kap. 762, post 60.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Det foreslås å flytte 10,6 mill. kroner fra kap. 701, post 21 til videre utvikling av registeret. Midlene flyttes til kap. 762 for å tydeliggjøre at utviklingen av registeret ses i sammenheng med behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Formålet til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Registeret ble etablert med data fra etablerte ordninger som Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og Individbaserte pleie- og omsorgsdata (Iplos). KPR inneholder også data om øvrige kommunale tjenester, bl.a. allmennlegetjenesten, og registeret utvides med nye tjenesteområder som helsestasjon, tannhelse og skolehelse. Statistikk publiseres på helsedirektoratet.no. Registeret er etablert med innebygget personvern og har løsninger for innsyn og reservasjon på helsedirektoratet.no.

Behovet for oppdaterte data til mange formål, har blitt ytterligere forsterket knyttet til pandemioppfølgingen. Helsedirektoratet arbeider derfor med å legge til rette for hyppigere innsending av nye data til KPR. Løpende rapportering av data fra helse- og omsorgstjenesten og skolehelsetjenesten piloterer. Framdriften i arbeidet er avhengig av samarbeidet med EPJ-leverandørene.

Direktoratet har lansert en påloggingsløsning for fastleger, hvor legene gis tilgang til egne innsendte data i form av grafer, tabeller, kart og nøkkeltall over egen aktivitet. Løsningen gir også muligheter for at legene kan sammenligne seg med øvrige deler av allmennlegetjenesten både kommunalt, fylkesvis og nasjonalt (anonyme data-grunnlag).

Prioriterte områder for utvikling av registeret er ytterligere datafangst fra allmennlegetjenesten, omsorgstjenestene og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det arbeides også med innsamling av data fra døgnenheter for kommunal øyeblikkelig hjelp og tannhelsetjenesten. Se omtale under kap. 770, post 21.

Tolkelovsatsing

Det er innført en rekke krav til offentlige organers bruk av tolk og krav til tolker. Det ble i 2022 bevilget 1,4 mill. kroner til Helsedirektoratet for utarbeidelse av retningslinjer for dette. Bevilgningen foreslås videreført til Helsedirektoratets videre arbeid på området.

Post 60 Forebyggende helsetjenester

Arbeid for å forebygge, avdekke, veilede og lære opp for å unngå sykdom, psykisk uhelse eller å mestre sykdom skjer i stor grad i regi av kommunene. Sentralt i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid er helsestasjons- og skolehelsetjenesten samt frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Finansieringen av forebyggende tjenester over denne posten går i hovedsak til disse tjenestene.

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

- 5 mill. kroner flyttet fra kap. 762, post 60 til kap. 762, post 21.
- 45 mill. kroner til styrking av tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den viktigste tjenesten rettet mot barn, unge og deres familier, gravide og barselfamilier. Tjenesten har svært høy oppslutning i befolkningen og når ut til de fleste i sin målgruppe. Det er likevel utfordringer. Barn og unge etterspør bedre tilgjengelighet til tjenesten og kommuner rapporterer om utfordringer med å rekruttere helsesykepleiere. Hurdalsplattformens punkter om å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal følges opp i de kommende arbeidene. Opptrappingsplanen for psykisk helse, Folkehelsemeldingen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Regjeringen foreslår derfor en styrking av det øremerkede tilskuddet til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten på 45 mill. kroner.

Kostra-tall viser at i overkant av 53 pst. fikk hjemmebesøk av jordmor innen 3 døgn etter hjemkomst. I overkant av 78 pst. av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk fra helsestasjonen av helsesykepleier innen to uker etter hjemkomst i 2021, en oppgang fra om lag 70 pst. i 2020. Andelen barn som fikk gjennomført skolestartundersøkelsen innen utgangen av første skoleår var om lag 88 pst. i 2021. Helsedirektoratet har i 2022 publisert årsverkstall for de ulike deltjenestene på sine hjemmesider. Kostra-tall viser også en betydelig årsverksutvikling i tjenesten. I perioden 2015–2021 økte antall avtalte årsverk totalt med om lag 2200. Dette inkluderer en økning på om lag 670 årsverk for helsesykepleiere og 250 årsverk for jordmødre. Det gjøres oppmerksom på at mellom 2020 og 2021 har imidlertid økningen i årsverk totalt vært større enn normalt, og til

dels misvisende. Dette skyldes i stor grad at flere kommuner har inkludert midlertidig ansatt personell som har bistått med koronavaksinerings- og helsestasjons- og skolehelsetjenesten i den registerbaserte sysselsettingsstatistikken. Det midlertidig ansatte personellet kommer særlig til syne ved en stor økning i årsverk av bl.a. sykepleiere, som ikke er jordmor eller helsesykepleier, og personell uten helsefaglig utdanning.

Helsesykepleiere utgjorde fremdeles den klart største yrkesgruppen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, med rundt halvparten av alle årsverk i 2021. Antallet helsesykepleierårsverk har økt med vel 1 100 årsverk fra i underkant av 2 000 årsverk i 2010 til i overkant av 3 100 i 2021. Dette tilsvarer en økning på 59 pst. Økningen har vært relativt jevn i hele perioden og gjelder for alle landets fylker.

I 2022 fikk kommunene 952,2 mill. kroner i frie inntekter begrunnet i behovet for å styrke tjenesten. For 2023 foreslås det 987,4 mill. kroner i rammetilskudd. Det vises til omtale i Kommunal- og moderniseringsdepartementets Prop. 1 S (2022–2023). Til sammen utgjorde tilskuddsordningen Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten 389,4 mill. kroner i 2022. Av dette var 60 mill. kroner øremerket jordmorkompetanse i kommunene. I 2022 ble tilskuddsmidlene i sin helhet fordelt. Det rapporteres for 2022 at midlene brukes etter hensikten. Det foreslås å videreføre øremerking av 60 mill. kroner innenfor tilskuddsordningen for 2023 til jordmorårsverk i kommunene. Det foreslås å bevilge 434,6 mill. kroner til tilskuddsordningen Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2023. Tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngår i Kompetanseløft 2025.

Det er behov for styrket kompetanse-, fagutvikling og forskning på helsestasjons- og skolehelsetjenestens områder. Det ble derfor i 2022 bevilget 15 mill. kroner av tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten til et nasjonalt tverrfaglig kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Miljøet forankres ved FHI og plasseres geografisk i tråd med KDD's retningslinjer for lokalisering av statlige virksomheter. Se nærmere omtale under kap. 745, post 01.

Områdesatsinger i og utenfor Oslo

Stortinget har bevilget 8,4 mill. kroner jf. Innst. 11 S (2021–2022) til områdesatsinger i og utenfor Oslo over kap. 762, post 60 med hhv. 4,4 mill. kroner til områdesatsing i Oslo og 4 mill. kroner utenfor Oslo. I 2022 har tilskuddet til områdesatsinger utenfor Oslo i sin helhet vært øremerket Stavan-

ger kommune. Måloppnåelse av tilskuddsordningen anses som høy. En nærmere omtale av områdesatsingene i sin helhet finnes i Kommunal- og distriktsdepartementets Prop. 1 S (2022–2023). Bevilgningen foreslås videreført.

Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Regjeringen har som mål at befolkningen skal ha god helse og mestre egen sykdom. Det er mange som trenger veiledning for å endre levevaner og lære å leve med sykdom og kroniske plager. Det er etablert en tilskuddsordning til å etablere og utvikle frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene. Formålet med ordningen er å stimulere til utvikling av helsefremmende kommunale helse- og omsorgstilbud som støtter opp under regjeringens mål om god helse og mestring i befolkningen, redusert sosial ulikhet og økt helsekompetanse.

Om lag to tredjedeler (65 pst.) av kommunene har etablert frisklivssentral, enten alene eller i et interkommunalt samarbeid som et tilbud til personer som trenger hjelp til å endre livsstil og mestre helseutfordringer. 86 pst. av befolkningen er bosatt i kommuner med frisklivssentral. Personer kan oppsøke tilbudet selv eller henvises dit av bl.a. fastlegen. Antallet frisklivssentraler har vært nokså stabilt de siste årene, men utviklingen går mot at flere av sentralene, har flere tilbud til brukerne, større tverrfaglighet og økt bemanning. 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. Kommunene må samarbeide med brukerorganisasjonene og andre om disse tilbudene. Flere kommuner har de siste årene hatt tilbud til personer etter covid-19-sykdom. Tilskuddsordningen forvaltes av fylkeskommunene.

Det ble bevilget 20 mill. kroner i 2022. Det foreslås bevilget 21 mill. kroner til ordningen i 2023.

Rehabilitering

Gjennom Stortingets vedtak av budsjettet for 2022, jf. Innst. 11 S (2021–2022), ble det bevilget 5 mill. kroner til rehabiliteringsformål over kap. 762, post 60. Stortinget vedtok ved behandling av revidert nasjonalbudsjett jf. Innst. 450 S (2021–2022) å flytte midlene fra kap. 762, post 60 til kap. 762, post 21 for å dekke Helsedirektoratet sin oppfølging av evaluering av opptrappingsplan for

habilitering og rehabilitering. Det foreslås å flytte 5 mill. kroner fra kap. 762, post 60 til kap. 762, post 21 til rehabiliteringsformål.

Post 61 Fengselstjeneste

Det foreslås:

- å flytte 0,4 mill. kroner til kap. 762, post 21 til Helsedirektoratets drift av nettverk, konferanser, fagutvikling og implementering av veileder i fengselshelsetjenesten.

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. 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 behovet 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 194,1 mill. kroner i tilskudd til vertskommuner og vertsfylkeskommuner for fengsler for å yte hhv. helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i 2023.

Det ble i 2021 tildelt midler over ordningen til Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) til ND-sentrene i Oslo, Bergen, Stavanger, Trondheim og Tromsø. ND-sentrene i Oslo og Bergen har kompetansesenterfunksjon for de øvrige sentrene. Midlene bidrar til kommunal deltagelse i ND-sentrenes arbeid. Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å vurdere om behovet om tilskudd til ND-sentrene fortsatt er til stede, eventuelt om tilskuddet bør endres eller avvikles. Regjeringen vil komme tilbake til eventuelle endringer i forbindelse med budsjettet for 2024. Det ble i 2022 bevilget 4,5 mill. kroner til ND-ordningen, det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2023.

Helse- og omsorgstjenester i fengsel 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 2021 ble det gitt i tilskudd 161,4 mill. kroner til kommuner med fengsel og 23,0 mill. kroner til

fylkeskommuner med fengsel. Kriminalomsorgsdirektoratet rapporterer for 2021 at det var totalt 3 795 innsatte i 39 fengsel, fordelt på 2 757 soningsplasser med høy sikkerhet og 963 med lav sikkerhet.

Midlene tildeles kommuner og fylkeskommuner på grunnlag av kvantifiserbare fordelingskriterier ut fra antall og type soningsplasser.

De lovpålagte kravene om samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak, eller med helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer, skal bidra til at pasienter/brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder for rus, somatisk og psykisk helse, som er kjente helseutfordringer for innsatte i fengsler.

Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag å revidere veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler samt å kartlegge hvordan oppholdsprinsippet kan oppfylles for innsatte i fengsel. Veilederen er forsinket som følge av koronapandemien og forventes ferdigstilt høsten 2022.

Helsedirektoratet innhenter informasjon fra kommuner og fylkeskommuner om hvilke helsestjenester som tilbys innsatte i det enkelte fengsel. Alle vertskommuner/-fylkeskommuner med fengsel har rapportert i 2021. Det blir flere eldre innsatte som har behov for omsorgstjenester og tilrettelagt soning. Under koronapandemien har tiltak overfor innsatte og samarbeide med kriminalomsorgen tatt mye av kapasiteten i fengselshelsetjenesten.

Post 63 Allmennlegetjenester

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

- 200 mill. kroner til styrking av tilskudd til ALIS-avtaler.
- 1 mill. kroner flyttet fra kap. 762, post 63 til kap. 762, post 21, knyttet til pilot oppfølgingsteam.

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklings tiltak innen allmennlegetjenester.

Styrket, risikojustert basistilskudd

Det foreslås å øke basistilskuddet fra 1. mai 2023 med 480 mill. kroner over kap. 571, post 60 på Kommunal- og distriktsdepartementets budsjett, og samtidig risikojustere basistilskuddet. Helårseffekten av forslaget er 720 mill. kroner.

Dagens finansiering av fastlegeordningen ivaretar ikke i tilstrekkelig grad variasjon i behovene til innbyggerne på en fastlegeliste. Siden 2001 har

både variasjonen og kompleksiteten i oppgaver blitt større. Forskjellen mellom lette og tunge pasienter er blitt større og flere av oppgavene er knyttet til samhandling, dialog, koordinering og annet som er mindre egnet for finansiering gjennom refusjoner fra folketrygden.

For at basistilskuddet skal fange opp variasjon i behovene ved en konkret liste, foreslås det at basistilskuddet risikojusteres fra 1. mai 2023. Risikojustering betyr at per capita-satsen justeres for forhold ved listeinnbyggerne som antas å reflektere behovet for oppfølging. En liste med mange medisinsk ressurskrevende personer vil dermed gi mer basistilskudd. Legene kan da korte ned listen eller ansette personell de kan dele oppgavene med uten å gå ned i inntekt. Det vil kunne understøtte bedre oppfølging av pasienter med størst behov.

Basistilskuddet under knekkpunkt er styrket med 555 mill. kroner siden Handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble lagt fram. Så langt er gjennomsnittlig listelengde redusert noe i planperioden, men tilgjengeligheten er ikke bedret. Bedre betalt for et gitt antall listeinnbyggere gjennom knekkpunkt og risikojustering er to ulike måter å forsøke å hensynta arbeidsbelastningen for fastlegene. Risikojustering styrer ikke listelengde som knekkpunkt og speiler i større grad sammensetningen av listen. Risikojustering skal sørge for riktigere betaling for arbeidsbelastningen ved en bestemt liste der behovene til innbyggerne på listen er utgangspunktet, ikke kun antall innbyggere. For bedre å understøtte betaling for arbeidsbelastning og bedre oppfølging av medisinsk ressurskrevende listeinnbyggere, foreslås det å avvikle knekkpunktet og innføre et risikojustert basistilskudd.

For at innføringen av risikojustering ikke skal medføre omfordeling av nåværende inntekt legene imellom, foreslås det samtidig å styrke basistilskuddet med 480 mill. kroner i 2023. Helårseffekten av forslaget er 720 mill. kroner. Omleggingen innebærer at kun om lag 1 pst. av fastlegene kan få noe redusert inntekt fra basistilskudd. Øvrige vil motta en bedre finansiering. Det foreslås risikojustering av basistilskuddet fra 1. mai 2023 basert på i første omgang alder, kjønn og indikator for helsetilstand. Det vises også til omtale i Kommunal- og distriktsdepartementets Prop. 1 S (2022–2023). Det vises videre til at ekspertutvalget for allmennlegetjenesten bl.a. har fått i oppdrag å utrede forhold knyttet til finansiering og organisering, herunder utvikling av et risikojustert basistilskudd slik at tilskuddet bedre

reflekterer arbeidsbelastningen ved listepopulasjonen.

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for bedre rekruttering til fastlegeordningen gjennom en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning i allmennmedisin. Det skal utredes nærmere hvordan både permanente og tidsavgrensede endringer i kompetansekrav og endringer i utdanningsløp for spesialistutdanning i allmennmedisin kan bedre rekrutteringen. I utredningen inngår å vurdere innretningen på den delen av allmennlegenes spesialisering som skal skje i sykehus, egne stillinger for ALIS i sykehus og hvordan mulighet for fast lønn for leger som spesialiserer seg i allmennmedisin kan innrettes. Det nevnte ekspertutvalget skal bl.a. vurdere hvordan spesialistutdanningen i allmennmedisin bør innrettes.

Nasjonal ALIS

Det ble i 2022 innført en nasjonal ordning med ALIS. Nasjonal ALIS innebærer at alle leger som spesialiserer seg i allmennmedisin får tilbud om en ALIS-avtale med kommunen med standard innholdselementer. Leger i kommuner med særlige rekrutteringsutfordringer får tilleggselementer i sin avtale. Formålet med ordningen er å rekruttere flere leger inn i allmennmedisin ved å få flere nyutdannede leger til å ønske å begynne på og fullføre spesialisering i allmennmedisin. Nasjonal ALIS omfatter både leger med fastlønn og leger som er selvstendig næringsdrivende. Det ble totalt bevilget 174,6 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2021 og det ble gitt støtte til 564 avtaler i 2021 i tillegg til ALIS-avtaler i prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. Noen kommuner på Vestlandet og i Nord-Norge startet med ALIS-avtaler før nasjonal ordning ble innført.

Det foreslås å øke bevilgningen til Nasjonal ALIS med 200 mill. kroner. Det gir rom for at det kan inngås ALIS-avtale med alle som starter spesialisering i 2023. Totalt foreslås det bevilget 431,3 mill. kroner til tilskuddsordning for nasjonal ALIS i 2023. I en overgangsperiode foreslås det at det fra disse midlene også kan dekkes kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmennmedisin som ikke velger å inngå en ALIS-avtale. Det foreslås også som en overgangsordning å disponere midlene slik at de ALIS-avtaler som allerede er inngått før nasjonal ALIS ble innført kan fullføres. Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet.

Introduksjonsavtaler

Det ble i 2022 opprettet en ordning med introduksjonsavtaler. Nødvendige endringer i trygdeforskriften trådte i kraft 1. januar 2022. Det ble i 2022 bevilget totalt 32,7 mill. kroner til formålet og 65 avtaler ble inngått. Introduksjonsavtaler forstås som avtaler som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon under visse vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister, selv om fastlegen(e) som har ansvar for listen(e) er til stede på legekantoret samtidig. Introduksjonsavtaler har som hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen ved å bedre tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin. Dette vil bidra til å heve kvaliteten i disse tjenestene. Introduksjonsavtaler vil også kunne bidra til bedre rekruttering inn i fastlegeordningen ved å senke terskelen for å prøve seg som fastlege og starte spesialisering i allmennmedisin. En tilleggs-effekt er å bidra til stabilisering i fastlegeordningen gjennom å redusere fastlegenes arbeidsbelastning. For leger ansatt i annet allmennlegearbeid er det utfordringer knyttet til å få gjennomført den del av spesialiseringen i allmennmedisin som foregår i åpen uselektert allmennpraksis. Rekruttering til allmennmedisin omfatter også rekruttering til andre allmennlegeoppgaver i kommunen som bl.a. sykehjem og legevakt. I distriktskommuner inngår ofte allmennmedisinsk kommunalt arbeid i deltidsstilling som kombineres med fastlegepraksis. I større byer er disse stillingene ved sykehjem og legevakt ofte fulltidsstillinger. Det kan være utfordringer med å få tilgang til to år med åpen uselektert allmennpraksis, slik spesialistforskriften krever, uten å måtte forplikte seg til videre jobb som fastlege. Introduksjonsavtaler legger til rette for å få gjennomført dette kravet. Bevilgningen foreslås videreført i 2023. Avtalene vil tildeles kommuner etter søknad til Helsedirektoratet etter nærmere fastsatte kriterier. Midlene budsjetteres på kap. 2755, post 70 og dekker folketrygdens utgifter.

ALIS-kontor

Det er opprettet seks ALIS-kontorer som til sammen skal dekke alle kommuner. Kontorene ligger i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand, Ringsaker og Oslo. De fem førstnevnte skal dekke kommunene i hhv. Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Kontoret i Oslo dekker Oslo kommune. Kontorene skal ha

kontakt med alle kommuner i sin region. Rekrutteringssvake kommuner skal vies spesiell oppmerksomhet. Kontoret i Oslo ble opprettet i 2022. Ringsaker overtok fra Hamar som vertskommune i 2022. Samfunnsmedisin ble inkludert i kontorenes mandat i 2022. Gjennom å bistå kommunene skal ALIS-kontorene bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Målet er gode, forutsigbare og enhetlige utdanningsløp samt å senke terskelen for å starte i spesialisering. Det ble bevilget 40 mill. kroner til ALIS-kontorene i 2022. Bevilgningen foreslås videreført i 2023.

Flerfaglige arbeidsfelleskap

Det er behov for å øke kapasiteten i allmennlegetjenesten for å skape bærekraft og kvalitet. Det innebærer at det er behov for flere leger, men det er også behov for mer flerfaglighet og bruk av ny teknologi.

Utviklingen av mer flerfaglighet skal bygge videre på den utviklingen som allerede er i gang med arbeidsdeling innad i legekantor, dokumentert kunnskap og på erfaringer fra forsøket med primærhelseteam. Kommunene skal samtidig gis fleksibilitet i tråd med sine behov, og legene gis mulighet til å få mer avlastning.

Forsøk med primærhelseteam startet i 2018 med 17 fastlegepraksiser i ni kommuner som har denne organiseringen, med tilsammen 110 fastleger i pilotprosjektet. Det var satt som mål å bedre tjenestene til brukere med store behov, ny arbeidsdeling, ledelse og kommunalt samarbeid. Evalueringen som kom i januar 2022 konkluderte med at pasientene opplevde god kontinuitet selv om de så legen noe mindre. Legene opplevde at de fikk mer tid til ledelse og kvalitetsarbeid, og var mer fornøyd med bl.a. arbeidsmiljø, selv om de ikke jobbet færre timer. Kontorene som har deltatt har ingen eller få rekrutteringsproblemer, og evaluator konkluderte med at forutsatt at man arbeidet som team, ville modellen være samfunnsøkonomisk lønnsom.

Regjeringen har bedt ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten vurdere tiltak for å øke kapasiteten ved å rekruttere flere leger, gjennom å tilrettelegge for flere profesjoner og mer samarbeid ved allmennlegekantorene og ved digitalisering. Utvalget skal også utrede forhold knyttet til organisering og finansiering, hvor ett av punktene er takster som legger til rette for flerfaglige praksiser ved at refusjonsrett knyttes til en fastlegevirksomhet, herunder profesjonsnøytrale takster. Utvalget skal også vurdere alternative til-

tak for å legge til rette for økt arbeidsdeling og samarbeid i fastlegeordningen, herunder også forsøksordninger.

Det ble i 2022 bevilget 93,7 mill. kroner til primærhelseteam over kap. 762, hvorav 67,7 mill. kroner på post 63 og 26 mill. kroner på post 21. I påvente av ekspertutvalgets anbefalinger, foreslås det å redusere bevilgning til primærhelseteam for 2023 til 66 mill. kroner for å videreføre driften ved pilotkontorene inntil regjeringen har tatt stilling til ekspertutvalgets anbefalinger knyttet til flerfaglighet. Midlene foreslås fordelt med 54,8 mill. kroner på post 63, 7,8 mill. kroner på post 21 og 3,4 mill. kroner på kap. 748, post 01. Det vises også til omtale på kap. 762, post 21.

Pilot oppfølgingsteam

Pilot for tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam startet høsten 2018. Formålet med piloten er styrke den strukturerte og tverrfaglige oppfølgingen av brukere/pasienter med store og sammensatte behov og dermed fremme mestring og funksjon. Formålet er også å forebygge og/eller utsette behovet for både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Piloten er et nasjonalt utviklingsarbeid som skal høste erfaringer fra pilotkommunene og dokumentere resultater som kan ha nasjonal overføringsverdi. Arbeidet følgeevalueres av SINTEF, der evalueringsrapporten fra 2021 viser til at implementeringen har tatt lengre tid enn planlagt, bl.a. grunnet kompleksiteten i implementeringsarbeidet og covid-19-pandemien. Piloten er som følge av dette videreført fram til og med 2023. Fire av de seks opprinnelige kommunene deltar i videreføringen (Suldal, Kinn, Senja og Bø i Vesterålen).

Det ble i 2022 bevilget 10,7 mill. kroner til oppfølgingsteam, hvorav 4 mill. kroner på post 21 og 6,7 mill. kroner på post 63. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2023, med 4,7 mill. kroner på post 21, 5,9 mill. kroner på post 63 og 0,4 mill. kroner på kap. 748, post 01. Det vises til omtale på kap. 762, post 21.

Digital hjemmeoppfølging

Uprøving av digital hjemmeoppfølging (DHO) har pågått fra 2018 – 2021 gjennom de ordinære kommunale helse- og omsorgstjenestene, i tillegg til primærhelseteam.

Evalueringen av utprøvingen publisert i 2022 viser at pasientene opplever økt trygghet, økt kunnskap om og kontroll over egen helse, og de er mer fornøyde med oppfølgingen. Evalueringen

viser videre at digital hjemmeoppfølging har en positiv effekt på pasientenes helse og livskvalitet, at helsetilstanden stabiliseres og dødeligheten er lavere. Når det gjelder forbruk av helsetjenester viser evalueringen en nedgang i antallet som mottok helsetjenester i hjemmet, også blant de som hadde dette ved oppstart. Evalueringen viser noe økning i kontakt med fastlege, i hovedsak drevet av tverrfaglige møter ved oppstart av digital hjemmeoppfølging/etablering av egenbehandlingsplan. Det kan ikke vises til noen klar effekt på forbruk av spesialisthelsetjenester.

Den samlede vurdering er at digital hjemmeoppfølging er en tjeneste med potensiale til å bidra til å imøtekomme flere av utfordringene som helse- og omsorgstjenesten står overfor i årene som kommer. DHO har gått over i en spredningsfase fra 2022. Det vil utarbeides nasjonale anbefalinger basert på erfaringen med utprøvingen. Målet er at digital hjemmeoppfølging skal bidra til god helse og mestring i befolkningen og en bærekraftig helsetjeneste, gjennom bedre tjenestetilbud og økt kvalitet til kronisk syke, og bedre ressursutnyttelsen på tvers av tjenestenivå og sektorer. Det er en målsetting at digital hjemmeoppfølging tilbys i en eller flere kommuner i alle helsefelleskap ved utgangen av 2024.

Det ble bevilget til sammen 22 mill. kroner på kap. 762 til videreføring av digital hjemmeoppfølging i 2022, 10 mill. kroner på post 21 og 12 mill. kroner på post 63. Det foreslås å videreføre bevilgningen og fordelingen mellom postene i 2023.

Digital hjemmeoppfølging omtales også under kap. 762, post 21. Det vises til omtale av nasjonalt velferdsteknologiprogram under kap. 761, post 21 og kap. 701, post 21.

Lønnstilskudd til utdanning i avansert klinisk sykepleie

God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Kommunene har behov for personell med høyere og bredere kompetanse enn i dag. På denne bakgrunn ble det etablert en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er innført spesialistgodkjenning for denne gruppen. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Det ble i 2022 bevilget 12 mill. kroner til tilskuddsordningen for kommuner som har ansatte som tar denne masterutdanningen. Totalt fikk 54 kommuner tilskudd til utdanning av 127 sykepleiere i 2022. Det foreslås å bevilge 13 mill. kroner i 2023.

Legevakttjenesten, herunder pilotprosjekt

Akuttmedisinforskriften stiller krav til at leger i vakt og helsepersonell som arbeider sammen med leger i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin. Det er tidligere gitt tilskudd til kommunalt helsepersonell for å gjennomføre kurs i akuttmedisin for legevaktspersonell. Mulighetene for å søke tilskudd utgikk oktober 2021. Grunnet covid-19 har det vært vanskelig å gjennomføre kursene. Fristen for å ha gjennomført kursene er på denne bakgrunn forlenget til 1. januar 2023.

Det ble bevilget 5,5 mill. kroner til pilotprosjekt på legevaktfeltet, på kap. 762, post 63 i 2022, for å finansiere driften av legevaktprosjektene fram til 30. juni 2022. I tilknytning til følge- og sluttevaluering av prosjektet er det bl.a. igangsatt en brukerundersøkelse og innsamling av lokale data. Samlet sett er måloppnåelsen for de to pilotprosjektene i Ytre Sogn og Sunnfjord og Romsdal skjønsmessig vurdert som høy. Begge prosjekter rapporterer at befolkningen får gode tjenester. Vaktbelastningen har blitt redusert for legene der satellitter er opprettet, og legevaktspersonellet vurderer at videokonsultasjoner gjennomført ved hjelp av sykepleier utstasjonert på satellitt fungert godt for pasientene. Redusert vaktbelastning kombinert med en samtidig overgang til fastlønn for fastleger i noen kommuner virker stabiliserende. Gjennomgående har det vært mange forsinkelser med etablering av satellittene. Dette har dessverre svekket datagrunnlaget for sluttevalueringen som skal foreligge mot slutten av 2022.

I 2021 viste en kartlegging av situasjonen i legevaktordningen at vaktbelastningen på fastlegene er størst i de minste kommunene. Legevaktene blir i stor grad bemannet av fastleger, og kommer på toppen av lange arbeidsuker på fastlegekontoret og øvrige oppgaver i allmennlegetjenesten. I 2022 ble det opprettet et nytt tilskudd på 50 mill. kroner med formål å styrke rekrutteringen til legevakt i de mest rekrutteringssvake kommunene. Nær 40 kommuner har fått tilskudd. Tilskuddene har bl.a. gått til å rekruttere flere leger til legevaktordningen, alternative turnusordninger for legevaktleger, bakvaktordninger for ALIS-leger og nyansatte leger i legevakt samt til kurs og opplæring. Det er flest mottakere av tilskudd i Nordland, Troms og Finnmark der kommunene

også har færrest innbyggere. Tilskuddet foreslås videreført i 2023.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd knyttet til formålet for kapitlet som er å bidra til fagutvikling, kompetanseutvikling og forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder å understøtte arbeidet med nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste.

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

- 15 mill. kroner flyttet til kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten til kap. 745, post 01.
- 3 mill. kroner flyttet fra kap. 761, post 21 til kap. 762, post 70.

Forskning og fagutvikling

Departementet har tidligere varslet at det vil innføres indikatorer for sentre som har forskning som hovedoppgave og øvrige kompetansesentrene som driver forskning som en del av sin virksomhet, samt at en liten andel av forskningsmidlene vil omfordes innenfor rammen basert på sentrenes forskningsindikatorer. I 2022 ble det innført resultatbasert finansiering for om lag 2 pst. av grunntilskuddet. Helsedirektoratet foretar omfordelingen av 2 pst. av tilskuddsmidlene basert på beregnede forskningspoeng for sentrene som mottar tilskudd over kap. 762, post 70, samt Nasjonalt forskningscenter for komplementær behandling og alternativ medisin (Nafkam) over kap. 783, post 79. Se nærmere omtale under programkategori 10.70 Tannhelse.

Tabellen under viser gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre inkludert i omleggingen for 2019–2021. Forskningspoeng omfatter publiseringspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd. Forskningsindikatoren ekstern finansiering inngikk ikke i fjorårets beregning for sentrene innenfor kap. 762 samt Nafkam i 2022, men er nå tatt inn i målingen.

Tabell 4.14 Forskningspoeng (2021) og prosentandel av forskningspoeng (2019–2021)

	Forskningspoeng	Prosent 2019–2021
Kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 783 Personell		
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin	16,81	14,45
Allmennt medisinsk forskningsenhet i Bergen	30,05	17,92
Allmennt medisinsk forskningsenhet Trondheim	24,28	17,37
Allmennt medisinsk forskningsenhet i Oslo	25,96	19,44
Allmennt medisinsk forskningsenhet i Tromsø	5,19	6,34
Senter for samisk helseforskning	16,23	10,62
Nasjonalt senter for distriktmedisin	4,62	2,64
Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin ¹	16,67	11,22
Totalt	139,81	100 %

¹ Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam) mottar midler over kap. 783, men inngår i denne sammenheng med gruppen sentre som får tildelt midler over kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Det ble i 2021 produsert 139,8 forskningspoeng i sentrene, hvilket er 20 pst. mer enn i 2020 (116 poeng) og 33 pst. mer enn i 2019 (105 poeng). Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene omfattet av omleggingen er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Allmennt medisinske forskningsenheter

Det er fire allmennt medisinske forskningsenheter (AFE) som er lagt til de fire universitetene med medisinutdanning. Formålet med enhetene er å styrke kunnskapsgrunnlaget i allmennt medisin og derigjennom kvaliteten på allmennt legetjenestene. Enhetene skal i tillegg til forskning drive formidlingsaktivitet. Det stilles krav til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med andre forsknings- og kompetansmiljøer. Enhetene skal understøtte arbeidet med nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennt legetjeneste. For 2022 ble det bevilget 16,5 mill. kroner til de allmennt medisinske forskningsenhetene hvorav 2 pst. var resultatavhengig. Forskningsenhetene er viktige aktører i oppfølgingen av Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg – et kunnskapssystem for bedre folkehelse (HelseOmsorg21-strategien). Ett av satsningsområdene er et kunnskapsløft for kommunene. Forskningen ved enhetene er omfattende, og måloppnåelsen vurderes god. Det foreslås å bevilge 17 mill. kroner i 2023 hvorav 2 pst. gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) ble etablert i 2004, og er faglig forankret ved Universitetet i Bergen. Formålet med NKLM er forskning, utredning, fagutvikling og veiledning innen legevaktmedisin. Virksomheten omfatter også ansvar for kompetanseutvikling mv. i helsetjenestetilbudet til volds- og overgrepssatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). NKLM skal understøtte arbeidet med nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennt legetjeneste. NKLM har høy produksjon og høy måloppnåelse i 2021. For 2022 ble det bevilget 11,4 mill. kroner til NKLM hvorav 2 pst. var resultatavhengig. Det foreslås å bevilge 11,7 mill. kroner i 2023 hvorav 2 pst. gjøres avhengig av resultatbasert fordeling. Det vises også til omtale under kap. 765, post 75.

Nasjonalt senter for distriktmedisin

Nasjonalt senter for distriktmedisin (NSDM) er 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 distriktmedisinske problemstillinger, samt å bygge nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene. Senteret skal bidra til å bygge bro mellom praksis og

akademia og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten i distriktene. NSDM skal understøtte arbeidet ned nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste. Det ble bevilget 4,9 mill. kroner i 2022, hvorav 2 pst. var resultatavhengig. Det foreslås det å bevilge 5 mill. kroner i 2023, hvorav 2 pst. gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Tilskudd til AFEene, NKLM og NSDM inngår i Kompetanseløft 2025.

Senter for samisk helseforskning

Formålet med tilskuddsordningen samisk helse er å bidra til likeverdige, kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. 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, som er et selvstendig senter ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet. Senterets hovedoppgave er å drive forskning med fokus på helse og levekår i den samiske befolkningen. Senteret har gjennomført større befolkningsundersøkelser i kommuner med samisk befolkning i 2003–2004 og 2012–2014 kalt Saminor 1 og 2. Studiene har påvist flere helseutfordringer i den samiske befolkningen uten at årsakssammenhengene er kjent. Det planlegges en større studie, Saminor 3 i 2023–2025, hvor både nord-, lule- og sørsamiske områder inkluderes. Senteret har et bredt internasjonalt samarbeid. Det foreslås å videreføre bevilgningen på 6,2 mill. kroner i 2022 med unntak av 2 pst. som gjøres avhengig av resultatbasert fordeling. Det foreslås å bevilge 6,4 mill. kroner i 2023 med unntak av 2 pst. som gjøres avhengig av resultatbasert fordeling.

Tilskudd for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane og Finnmark

Det gis tilskudd for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane, Finnmark og til veiledningsgrupper for leger under spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge. Tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger, forum for helsestasjonsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. Tiltak for å bedre legesituasjonen i Finnmark har som målsetting å bedre rekrutteringen og stabilisere legedekningen i de samisktalende kommunene i Finn-

mark. Veiledningsgrupper for leger under spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge skal bidra til å styrke rekruttering og stabilitet av leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Bevilgningene foreslås videreført i 2023.

Antibiotikasenter for primærmedisin

Antibiotikasenter for primærmedisin (ASP) er et kompetansesenter og har som formål å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten, og på den måten redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. ASP skal understøtte arbeidet med nytt nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste. Det bevilges årlig midler til drift av ASP som skal gå til å drive forskning, utredning, fagutvikling og veiledning innen primærmedisin på områdene riktig antibiotikabruk, forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens. ASP har gjennomført flere nasjonale og internasjonale aktiviteter for å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten. ASP har i samarbeid med bl.a. Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS) og Folkehelseinstituttet, utviklet et læringsopplegg mot sykepleierstudenter knyttet til antibiotikabruk, retningslinjer for resistens og smittevern.

Det ble i 2022 bevilget 4 mill. kroner til kompetansesenteret over denne posten. I tillegg ble det bevilget 3 mill. kroner over kap. 761, post 21 i 2022. Det foreslås å flytte midlene på kap. 761 til kap. 762, post 21. Det foreslås bevilget 7,2 mill. kroner til ASP på denne posten i 2023. Midlene sees i sammenheng med midler foreslått til smittevern på kap. 762, post 21.

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 2023.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Per 1. januar 2022 var det registrert 819 356 innvandrere i Norge og 205 819 norskfødte med inn-

vandrereforeldre. Dette utgjør om lag 19 pst. av Norges befolkning.

Innvandrere er en sammensatt gruppe. Innvandreres helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer, landbakgrunn og etter årsak til innvandring. Regjeringen vil skape en sterk offentlig helsetjeneste som er tilgjengelig for alle. Det skal ytes likeverdige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen og tjenestetilbudet skal tilpasses den enkelte, slik at tilgangen til og kvaliteten på tjenestene blir like gode uavhengig av brukernes norskkunnskaper, kulturelle tilhørighet, helsetilstand og sosioøkonomiske bakgrunn.

Koronapandemien rammet innvandrerbefolkningen i Norge hardere enn befolkningen ellers både i andel smittetall og sykehusinnleggelser. Helse- og omsorgsdepartementet følger opp tiltak og lærdom på integreringsfeltet som følge av koronapandemien. Pandemien har gitt verdifull lærdom i hvordan formidling av informasjon spiller en sentral rolle i beredskapsarbeidet, og viktigheten av å nå ut til målgrupper med tilpasset, målrettet og forståelig informasjon. Videre har pandemien vist hvor viktig mangfold blant helsepersonell og ansatte i andre offentlige tjenester er, og viktigheten av at lokale og nasjonale myndigheter samarbeider med innvandrereorganisasjoner og ressurspersoner fra innvandrermiljøene.

Dette er erfaringer helsemyndighetene har hatt med i arbeidet med økte ankomster av personer fordrevet fra Ukraina med midlertidig kollektiv beskyttelse, som følge av krigen. Helsedirektoratet har i 2022 utarbeidet og oversatt informasjon om rettigheter og tilgang til helsetjenester for personer fordrevet fra Ukraina. Folkehelseinstituttet har i samarbeid med Helsedirektoratet opprettet et dialognettverk med innvandrere fra Ukraina som er bosatt i Norge. Hensikten for helsemyndighetene har vært både å lære og innhente erfaringer, men også å spre informasjon.

Departementet er avhengig av innspill og oppdatert kunnskap om innvandreres helse og behov for helse- og omsorgstjenester. Det foreslås å bevilge 1,1 mill. kroner til forvaltning av Helsedirektoratets Fagråd for innvandrerehelse i 2023.

Ledelse

Systematisk, god og trygg ledelse er viktig for å sikre kvalitet i tjenestene og en effektiv ressursutnyttelse. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring legger tydelig rammer for utøvelse av ledelse i tjenestene. Det er i dag ikke tilstrekkelig ledelseskompetanse i tjenestene. Ledelse vil der-

for bl.a. inngå som tema i den kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ved Handelshøyskolen BI har som mål å nå ledere fra ulike profesjoner for å bidra til mer læring, bedre kommunikasjon og økt tverrfaglighet på tvers i helsesektoren. Det er behov for å styrke ledelseskompetansen for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ble derfor i 2022 bevilget 5 mill. kroner ekstra for deltakelse for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester på denne utdanningen. Bevilgningen foreslås videreført. Se også omtale på kap. 761, 765 og 770.

Det ble i 2022 bevilget 3,5 mill. kroner til en kortere utdanning for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester ved Handelshøyskolen BI. Bevilgningen foreslås videreført.

Post 73 Seksuell helse

Bevilgningen dekker tilskudd til gjennomføring av Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2023). Total bevilgning på posten i 2022 var 61,5 mill. kroner. Helsedirektoratet forvalter to tilskuddsordninger som er knyttet til oppfølging av strategien. I 2022 bevilget direktoratet om lag 24,2 mill. kroner til ordningen Forskrift om tilskudd innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner og om lag 37,3 mill. kroner til ordningen Seksuell helse.

Tilskuddene til seksuell helse skal støtte oppunder mål og tiltak i Snakk om det! og Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020–2024). Overordnet mål for strategien er å sikre god seksuell helse i hele befolkningen, mens overordnet mål for planen er å redusere antallet svangerskapsavbrudd. Tilskuddsordningen finansierer bl.a. prosjekter som bidrar til å løfte kompetansen hos fagfolk i offentlig sektor og å integrere seksualitet og seksuell helse i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå. Ordningen innvilget tilskudd til om lag 70 ulike tilskuddsmottakere i 2021. Måloppnåelse vurderes som høy.

Tilskudd innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner har to overordnede mål: en helhetlig ivaretagelse av hivpositive, og å forebygge nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Målgruppen for ordningen er mennesker som lever med hiv og grupper som har økt risiko for å bli smittet av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner, herunder migranter og menn som har sex med menn. Trenden med nedgang i meldte hiv-tilfeller fortsatte i 2021, særlig

blant menn som har sex med menn. Ordningen innvilget tilskuddet til 10 ulike tilskuddsmottakere i 2021. Måloppnåelse vurderes som høy.

Begge tilskuddsordningene ble evaluert i 2021. Evalueringen viser at tilskuddsordningene bidrar med midler til et mangfold av aktører og aktiviteter. Den samlede måloppnåelsen for prosjektene som har fått støtte vurderes som god. Evalueringen konkluderer samtidig med at inndelingen i to ordninger på seksuell helse-feltet er til hinder for en helhetlig og innovativ tilnærming, og hindrer kunnskapsoverføring og samarbeid mellom aktivitetene på de to ordningene. Evalueringen anbefaler at de to ordningene slås sammen. Helsedirektoratet følger opp resultatene av evalueringen. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere mulige endringer i tilskuddsordningene.

Det ble i 2022 bevilget 1,5 mill. kroner til organisasjonen Menneskeverd og 4,1 mill. kroner til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Aksept. Det foreslås å avvikle øremerkingen fra og med 2023 og at midlene inngår i den søkbare ordningen på posten. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Det foreslås 62,3 mill. kroner på posten i 2023.

Post 74 Stiftelsen Amatheia

Gjennom Stortingets vedtak av budsjettet for 2022, jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det bevilget 26,7 mill. kroner til stiftelsen Amatheia. Mål for tilskuddsordningen er å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uplanlagte svangerskap og abort, bl.a. gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt gravide uten å planlegge det. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022) og Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020–2024) er sentrale dokumenter for innretningen av arbeidet.

Amatheia er representert i alle helseregioner med totalt 13 veiledningskontor. I 2021 hadde Amatheia 11 775 kontakter fra 4 384 unike brukere gjennom oppmøte, telefon, video og chat. Av de som kontakter stiftelsen var 87,5 pst. kvinner og 12,5 pst. menn. 2020 var preget av koronasituasjonen. Alle som kontaktet stiftelsen for veiledning, fikk tilbud om dette. Stiftelsen gjennomførte flest mulig samtaler digitalt. Brukere som ønsket det, fikk tilbud om veiledning ved fysisk oppmøte der dette var mulig å gjennomføre innenfor gjeldende smittevernregler. Amatheia driver i tillegg en omfattende opplysnings- og undervisningsvirksomhet rettet til ulike grupper som studenter innen helse- og sosialfag, ungdom generelt, flyktninger og asylsøkere og andre migrantgrupper.

Tilskuddsordningen ble evaluert i 2021. Evalueringen bekrefter funn fra evalueringen av stiftelsen i 2006 om at Amatheias viktigste styrke ligger i å veilede gravide og par som er ambivalente til et svangerskap. Stiftelsen er imidlertid for liten til at virksomhetens forebyggende arbeid gir seg utslag i statistikk på nasjonalt nivå. Evaluator foreslår å revidere regelverket, herunder å tydeliggjøre formålet og målgruppen for tilskuddsordningen. Videre foreslår evalueringen at Amatheia bør spisse arbeidet mot virksomhetens kjerneoppgaver. Det er anslått en mulig innsparing på om lag 3 mill. kroner. Helsedirektoratet følger opp resultatene av evalueringen i samråd med Amatheia. Det ble gjort enkelte endringer i regelverket for tilskuddsordningen i 2022 som følge av evalueringen. Ytterligere endringer i tilskuddsregelverket vil vurderes framover. Sett i lys av tilskuddsordningenes budsjetttramme og sammenlignet med aktivitetene og oppnådde resultater vurderer Helsedirektoratet at måloppnåelsen for ordningen er moderat.

Det foreslås 20,5 mill. kroner til formålet i 2023. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	489 900	215 357	217 166
60	Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	236 616	341 904	370 942
62	Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	476 806	412 874	443 766
71	Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	185 661	184 258	164 511
72	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	496 156	499 705	512 765
73	Utviklingstiltak mv.	174 495	165 773	158 777
74	Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	317 456	318 135	331 163
75	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	245 321	257 083	272 878
	Sum kap. 765	2 622 411	2 395 089	2 471 968

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

- 68 mill. kroner til opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet.
- 40,6 mill. kroner i redusert tilskudd til frivillige og ideelle organisasjoner.
- 10,2 mill. kroner flyttet til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger, kap. 732, post 72–75, knyttet til etablering av spisskompetansemiljøer for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd.
- 2 mill. kroner flyttet til kap. 717, post 70 knyttet til utvidelse av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn til å også omfatte bruk av psykofarmaka.
- 2 mill. kroner flyttet til kap. 761, post 79 knyttet til en samling av tilskuddet til Pårørendealliansen.
- 1,3 mill. kroner flyttet til kap. 740, post 01 knyttet til faste oppgaver for Helsedirektoratet.

Bevilgningen dekker statlige stimuleringsmidler til arbeid på psykisk helse- og rusfeltet, 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 bruker- og pårørendearbeid og drift av kompetansesentre innenfor psykisk helse, rus- og voldsfeltet, samt frivillig

og ideelt arbeid. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for å prøve ut og evaluere nye modeller og understøtte kommunene i å implementere forskningsbaserte, effektive metoder.

For mennesker med psykiske plager og lidelser, rus- og voldsproblemer er det viktig å få hjelp der man er. God tilgang på behandling og oppfølging, mulighet for deltakelse i arbeid og aktivitet er viktig for bedret livskvalitet. Tjenestene skal være helhetlige, nære, tilgjengelige, av god kvalitet og individuelt tilpassede.

Det er av betydning å komme tidlig inn før problemer utvikler seg. Regjeringen legger vekt på oppsøkende arbeid og metodikk. Kunnskapsbaserte tilnærminger må ligge til grunn for innsatsen på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet og brukerne må oppleve at tjenester, behandling og oppfølging er dekkende for de behovene de har og bidrar til bedre mestring og livskvalitet.

I dette arbeidet må det tilrettelegges for samarbeid mellom bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagfeltet og myndighetene. Brukermedvirkning må skje på systemnivå, tjenestenivå og i relasjonene mellom den enkelte bruker og tjenesteyter.

Pakkeforløp psykisk helse og rus endrer navn til nasjonale pasientforløp, og Helsedirektoratet arbeider med å videreutvikle forløpene. Dette gjøres på bakgrunn av kunnskapsbasert metodikk og med bred involvering for å sikre god forståelse av behovet for endringer, hva ved de eksisterende

forløpene som bør beholdes og hva som bør videreutvikles og forbedres. En felles forståelse av utfordringsbildet og målbildet utarbeides og forankres i samarbeid mellom relevante parter. Endringene og tiltakene som igangsettes skal bidra til en reell forbedring for både pasienter, brukere og de som jobber i tjenestene. Oppdraget skal sees i sammenheng med opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreform innen rusfeltet.

Vold i nære relasjoner og overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge. 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 krisesenter tilbud, sosialhjelp og økt behov for politiressurser

Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025. Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Se nærmere omtale under kap. 761.

Opptrappingsplan for psykisk helse

Regjeringen skal legge fram en ny opptrappingsplan for psykisk helse. Målet med planen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har psykiske helseutfordringer skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Planen skal ha hovedvekt på kommunale tjenester, men også sikre bedre kvalitet og økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil regjeringen satse på helsefremmende og forebyggende arbeid med psykisk helse. Det er også et mål at de med langvarige og sammensatte behov skal få et styrket tilbud. Hurdalsplattformens punkt om en opptrappingsplan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal delvis følges opp gjennom opptrappingsplan for psykisk helse.

Arbeidet med opptrappingsplanen har startet opp. I 2022 er det innhentet innspill fra ulike aktører, bl.a. gjennom nasjonale og regionale innspillsmøter. Helsedirektoratet har levert innspill til utfordringsbildet og forslag til tiltak.

Det foreslås å bevilge 150 mill. kroner til nye og styrkede tiltak relatert til opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet i 2023 til følgende formål:

- 45 mill. kroner for å styrke det øremerkede tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Se nærmere omtale under kap. 762, post 60
- 20 mill. kroner til oppsøkende psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge i kommunene
- 15 mill. kroner til forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser
- 14 mill. kroner til forsøk med substitusjonsbehandling ved avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende rusmidler
- 10 mill. kroner til å styrke og utvikle modeller for samhandling om pasienter med særlige krevende og samtidige tjenestebehov
- 10 mill. kroner til styrking og utvikling av tilbud til pårørende til pasienter og brukere med psykisk helse og rusproblemer
- 9 mill. kroner til videre utprøving og forskning på traumebehandling i kommunen for barn og unge
- 6 mill. kroner til styrket arbeid mot overdoser
- 5 mill. kroner for rammeavtale om psykososial beredskap
- 5 mill. kroner til DIGI-UNG
- 3,5 mill. kroner til Ungdata junior
- 3 mill. kroner til videre utvikling og implementering av digitale selvhjelpsverktøy
- 2,5 mill. kroner til et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid
- 2 mill. kroner til ABC-kampanje

Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse

Stortinget behandlet i januar 2020 Prop. 121 S (2018–2019) *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. Planen inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og behandlingsrettede tiltak for barn og unge mellom 0 og 25 år, og er utarbeidet i samarbeid mellom åtte departementer. I 2021 var 20 tiltak gjennomført, 45 tiltak er pågående, mens seks tiltak ikke er startet opp. Blant tiltak som har vært særlig prioritert i 2021 er utvikling av en ny nasjonal tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Veilederen skal ferdigstilles i løpet av 2022.

I tråd med tiltak i opptrappingsplanen er innhold om psykisk helse på Ung.no gjennomgått og oppdatert. Tiltaket har vært ytterligere aktualisert av pandemien og høyt tiltakspress for barn og

unge. Arbeidet er gjennomført av Bufdir ved Ungredaksjonen i samarbeid med Psykologistudentenes opplysningsarbeid for unge (POFU).

Ved Stortingets behandling av opptrappingsplanen ble det vedtatt å gjennomføre et prøveprosjekt der helsesykepleiere kan henvise barn og unge til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utrede og vurdere antatte konsekvenser av forslaget og utarbeide forslag til innretning for en pilot.

Opptrappingsplanen videreføres og følges opp inntil ny opptrappingsplan for psykisk helse er ferdigstilt og behandlet.

Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet

Regjeringen skal gjennomføre en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet som styrker kommunenes rusmiddelforebyggende innsats og oppfølging etter tverrfaglig spesialisert rusbehandling mv. Det tas sikte på å legge fram reformen i form av en stortingsmelding høsten 2023. Meldingen ses i sammenheng med opptrappingsplan for psykisk helse, Folkehelsemeldingen mv.

Meldingen omfatter hele bredden av bruk og avhengighet av psykoaktive substanser herunder alkohol, legemidler og dopingpreparater, så vel som narkotika. Avhengighet til pengespill og gaming vil omtales på egnet måte der det er relevant.

Mennesker med rusavhengighet har rett til et verdig liv og til nødvendig helsehjelp, uavhengig av hvilke rusmidler de bruker og samfunnets reaksjoner på narkotikabruk skal være forholdsmessige. Personer med rusavhengighet skal møtes med hjelp og behandling istedenfor straffettslige reaksjoner, men regjeringen går imot en generell avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika.

Forebyggings- og behandlingsreformen skal bidra til å forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. Det er et mål at bruken av narkotika reduseres samt å forebygge rusmiddelbruk blant barn og unge. Som en del av reformen skal det fremmes et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge.

Det er et mål at rusproblematikk skal identifiseres tidlig, og det skal tilbys rask og effektiv hjelp. Kunnskapsbasert metodikk skal ligge til grunn både for forebyggende innsatser og behandlings- og oppfølgingstjenester. Personer med rusproblemer skal oppleve verdige liv med god tilgang på behandling og oppfølging, samt

deltakelse i arbeid eller annen meningsfull aktivitet. Behandlings- og oppfølgingstjenester skal være helhetlige, koordinerte, effektive og individuelt tilpasset.

I arbeidet med meldingen skal også ny kunnskap om narkotikautløste dødsfall og rekvirering ved avhengighet til vanedannende legemidler og rusmidler vurderes. Det er også et mål å sikre at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) gir et helhetlig og kunnskapsbasert tilbud til rusavhengige, bl.a. gjennom utprøvende behandling ved avhengighet til sentralstimulerende midler mv.

Arbeidet med stortingsmeldingen er påbegynt og Helsedirektoratet har i henhold til oppdrag utarbeidet et grunnlagsmateriale for psykisk helse og rusfeltet. Det ble våren 2022 avholdt en innspillskonferanse med bruker-, pårørende- og ruspolitiske organisasjoner, samt innhentet innspill og gjennomført egne møter med en rekke sentrale aktører på rusfeltet.

Regjeringen tar sikte på å følge opp rusrelaterte punkter fra Hurdalsplattformen og anmodningsvedtak mv. i arbeidet med meldingen, herunder relevante anmodningsvedtak på andre departementers områder.

For en oversikt over bevilgninger i 2023 med relevans for forebyggings- og behandlingsreformen, se omtalen av opptrappingsplan psykisk helse over.

Bedre helsehjelp til barn i barnevernet

Barn i barnevernet har som gruppe et større omfang av helseplager enn andre barn. Helsesatsingen i barnevernet skal derfor videreføres og styrkes. Helsedirektoratet (Hdir) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har siden 2017 samarbeidet om en rekke tiltak for å bedre helsehjelp til barn i barnevernet. Direktoratene lanserte i 2020 Nasjonalt forløp for barnevern. For barn som plasseres utenfor hjemmet og hvor det er behov for ytterligere kartlegging, kan det tilbys en mer omfattende helsekartlegging. Tverrfaglige kartleggingsteam er under etablering. Se nærmere omtale under kap. 765, post 21 og Prop. 1 S, Barne- og familiedepartementet, kap. 854, post 61.

Handlingsplan for forebygging av selvmord

Selv mord er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem. I 2021 ble det registrert 658 selvmord i Norge. Det er viktig å fortsette det selvmordsforebyggende arbeidet. Dette er et langsiktig arbeid. Regjeringen følger opp Handlingsplan for forebyg-

ging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste. Med denne planen ble nullvisjon for selvmord innført i Norge. Åtte departementer står bak planen. Planen har både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv. Tjenstedelen inkluderer den kommunale helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatiske enheter.

Som del av planen er det opprettet et nytt nasjonalt forum for forebygging av selvmord, som har som mandat å jevnlig vurdere måloppnåelse og å komme med forslag til justering av tiltakene i lys av ny kunnskap. Forumet er bredt sammensatt med representanter fra bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner, tjenester og ulike fag- og kompetansemiljøer.

Planen består av 61 tiltak. Se også kap. 762, post 21 og kap. 765, post 21 og 75 for omtale av tiltak i handlingsplanen. En stor andel av tiltakene er igangsatt, enkelte er fullført. Rapportering på alle tiltak i planen publiseres årlig på regjeringens.no på Verdensdagen for selvmordsforebygging den 10. september.

Arbeid mot vold og overgrep

Vold i nære relasjoner, vold og overgrep mot barn, vold mot sårbare voksne og seksuelle overgrep er både alvorlig kriminalitet, en betydelig folkehelseutfordring og en likestillingsutfordring. Regjeringen vil legge til rette for bedre forebygging og avdekking av vold og overgrep, bedre oppfølging av voldsutsatte, økt kompetanse om vold i ulike tjenester som møter voldsutsatte og voldsutøvere og styrket samarbeid mellom tjenester og sektorer. Regjeringen vil legge fram en opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Opptrappingsplanen skal bl.a. ta utgangspunkt i utredninger fra partnerdrapsutvalget og barnevoldsutvalget, rapporten fra Riksrevisjonen om myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner og kommende rapport fra Europarådets overvåkningskomité GREVIO om Norges implementering av Istanbulkonvensjonen. Arbeidet med planen har startet opp, og det tas sikte på å legge fram planen i løpet av 2023. En rekke departementer er involvert i arbeidet.

Handlingsplanene Frihet fra vold (2021–2024) og Frihet fra negativ sosial kontroll og æresrelatert vold (2021–2024) vil følges opp inntil ny opptrappingsplan er lagt fram.

For 2023 foreslås det å styrke arbeidet mot vold og overgrep med 13,3 mill. kroner. 9 mill. kroner foreslås for å prøve ut og forske videre på

trinnvis traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i kommunale tjenester. Se nærmere omtale under kap. 765, post 75. Videre foreslås det at 3 mill. kroner på kap. 765, post 21, prioriteres til å styrke TryggEst. Se nærmere omtale under kap. 765, post 21.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen på posten dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet.

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

- 6 mill. kroner i økt bevilgning til å styrke arbeidet mot overdoser.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til rammeavtale om psykososial beredskap.
- 5 mill. kroner i økt bevilgning til kunnskap og kompetanse om spiseforstyrrelser.
- 3 mill. kroner i økt bevilgning til videre utvikling og implementering av digitale selvhjelpsverktøy.
- 10,2 mill. kroner flyttet til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger, kap. 732, post 72–75, knyttet til etablering av spisskompetansemiljøer for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd.
- 4 mill. kroner flyttet til kap. 765, post 74, knyttet til utvikling og implementering av FACT ung, gjennom økt tilskudd til ulike kompetansesentre.
- 2,5 mill. kroner flyttet til kap. 765, post 75, knyttet til rådgivningsoppgaver for NKVTS.
- 2 mill. kroner flyttet til kap. 717, post 70, knyttet til utvidelse av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn til å også omfatte bruk av psykofarmaka.
- 1,3 mill. kroner flyttet til kap. 740, post 01, knyttet til flytting av midler som går til faste oppgaver i Helsedirektoratet.
- 1 mill. kroner flyttet til kap. 765, post 75, knyttet til utvikling og implementering av FACT ung, gjennom økt tilskudd til ulike kompetansesentre.
- 1 mill. kroner flyttet til kap. 765, post 75, knyttet til utvikling av lavterskeltilbud for mennesker med skadelig seksuell atferd.

Rådgivere hos statsforvalteren

Statsforvalterembetene har rådgivere som er tillagt særlig ansvar for å gi faglig bistand og oppfølging til kommunene på psykisk helse-, rus- og

voldsfeltet. Statsforvalteren bistår kommunene i planarbeid, understøtter lokal tjenesteutvikling, herunder iverksetting av nasjonal politikk, planer og strategier samt implementering av faglige retningslinjer og veiledere i kommunalt planverk mv.

Pågående oppgaver for statsforvalteren er bl.a. å bidra til implementering og oppfølging av nasjonale pasientforløp innen psykisk helse og rus, helsefelleskapene, Folkehelsemeldingen, opptrappingsplan mot vold og overgrep, handlingsplan for forebygging av selvmord, opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, strategi for god psykisk helse Mestre hele livet og Nasjonal overdosestrategi. Sentrale kommende oppgaver for statsforvalterne vil bl.a. være knyttet til Opptrappingsplan psykisk helse og Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.

Det har vært løpende kontakt mellom Helsedirektoratet og statsforvalternes rådgivere i forbindelse med situasjonen for personer med rus- eller psykiske helseproblemer under koronapandemien.

Statsforvalternes rådgivere er sentrale samarbeidspartnere for Helsedirektoratet og forvalter flere tilskuddsordninger som er sentrale virkemidler for å styrke lokalt psykisk helse-, rus- og voldsarbeid.

Belastningsfullmaktene til statsforvalteren bidrar også til drift av tverrfaglige regionale fora og nettverk og til iverksettelse av ulike kompetanseutviklingstiltak i samarbeid med de regionale kompetansesentrene innen psykisk helse-, rus-, og voldsfeltet mv.

I 2022 ble det bevilget 18 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen på samme nivå i 2023.

Arbeidet mot overdoser

Overdosedødsfall er et globalt og nasjonalt folkehelseproblem. Gjennom videreføring av den nasjonale overdosestrategien (2019–2022) har regjeringen fulgt opp og forsterket igangsatte tiltak og møtt nye utfordringer.

I perioden 2010–2020 har antall dødsfall variert rundt et gjennomsnitt på 271 per år. Tall fra Dødsårsaksregisteret viser at det i 2021 var 241 narkotikautløste dødsfall. Dette er det laveste antall dødsfall siden 2013 og en betydelig nedgang fra 2020 da det ble registrert 324 dødsfall, som var svært høyt sammenlignet med gjennomsnittet fra tidligere år.

I 2021 var 83 pst. av dødsfallene knyttet til bruk av opioider. Selv om det var en økning i heroinutløste dødsfall i 2020, er det, som for de siste fem årene, andre opioider som morfin, kodein og

oksykodon som utgjør den klart vanligste dødsårsaken i 2021.

I tillegg til innsatsen for å forebygge dødsfall som skyldes bruk av illegale rusmidler og legemidler, følger departementet særlig nøye med på utviklingen av utskrivning av reseptbelagte medisiner. Utviklingen de siste 10 årene viser at heroin fortsatt forårsaker mange dødsfall, men tallene viser også en utvikling hvor overdose av opioider forårsaker flest overdosedødsfall. Denne utviklingen gjør at det både er viktig å satse videre på å få ned overdosedødsfallene forårsaket av illegale rusmidler, men samtidig er det nødvendig å satse på nye tiltak rettet mot å få ned overdosedødsfall forårsaket av reseptbelagte midler.

Det er behov for ny, oppdatert og inngående kunnskap om risikopopulasjonen for å kunne utvikle mer målrettede tiltak og virkemidler. Det er også av betydning å få mer kunnskap om årsaker til at legemidler som tradisjonelt anvendes i smertebehandling og medikamentell avhengighetsbehandling har overtatt som vanligste dødsårsak ved overdoser.

Det er pågående arbeider bl.a. i Folkehelseinstituttet (FHI) og i Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) som vil gi oss mer kunnskap om ulike risikogrupper f.eks. pasienter som utvikler avhengighet og/eller overdoserisiko ved langvarig smertebehandling mv.

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å gjennomgå kunnskapsgrunnlaget for arbeidet med å redusere overdoser. Oppdraget sees i sammenheng med andre oppdrag og arbeid som allerede er igangsatt. På bakgrunn av gjennomgangen, skal Helsedirektoratet vurdere behovet for ytterligere kunnskap om risikogrupper for overdosedød og eventuelt hvordan ny kunnskap skal innhentes. Videre skal det foreslås nødvendige organisatoriske, økonomiske og juridiske tiltak for å redusere antallet overdosedødsfall i Norge.

Gjennom tall fra Dødsårsaksregisteret har det vært mulig å følge utviklingen av narkotikautløste dødsfall.

Regelverket for tilskudd til overdosenettverket ble endret i 2020 for å nå flere kommuner. Bakgrunnen var at mange overdoser nå skjer i kommuner som ikke er tilknyttet nettverket. Per i dag er det 52 kommuner som tildeles midler i forbindelse med overdoseforebyggende arbeid.

I tillegg til tiltak fra overdosestrategien som Naloksonprosjektet, økt fokus på betydning av ernæring i sammenheng med risiko for overdosedød og implementering av et nasjonalt varslingsystem som tidlig identifiserer lokale endringer i

rusmiljøene, er forsøk med heroinassistert behandling igangsatt i Oslo og Bergen.

Haukeland universitetssykehus HF tar sikte på å igangsette to RCT-studier i løpet av 2022 med medikamentell behandling med benzodiazepiner og lisdeksamfetamin. Regjeringen vil i 2023 styrke og videreutvikle forsøk med medikamentell behandling for avhengighet til benzodiazepiner og sentralstimulerende midler, se nærmere omtale under kap. 732, post 70.

Regjeringen forventer at dette skal bidra til at flere pasienter får tilgang til medikamentell behandling i tillegg til annen helse- og sosialfaglig oppfølging, som kan ha betydning for antall narkotikautløste dødsfall.

Regjeringen vil følge opp det videre arbeidet med å forebygge overdoser i sammenheng med Forebyggings- og behandlingsreformen, se egen omtale over. Det foreslås å styrke arbeidet mot overdoser med 6 mill. kroner i 2023.

I 2022 ble det bevilget 14 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås redusert med 1,3 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01. Det foreslås å bevilge 18,7 mill. kroner til overdosearbeidet i 2023.

Vold og overgrep

Bevilgningen dekker arbeid med tiltak mot traumer, vold og overgrep, herunder tiltak i ulike handlingsplaner på volds- og traumefeltet.

FHI har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgått datakilder for å utvikle indikatorer for vold og overgrep. FHI publiserer kommune- og fylkestall for anmeldte tilfeller av vold og mishandling i Kommunehelsa statistikkbank. Indikatoren ble lagt inn i folkehelseprofilene fra 2020. Arbeidet med indikatorer på vold og overgrep videreføres i 2023. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til dette arbeidet.

Helsedirektoratet har utviklet en anonym lavterskeltjeneste og et behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: Det finnes hjelp. Helsetilbudet består av kampanjer som startet opp i september 2020, en felles nettside, en landsdekkende lavterskeltjeneste for generell veiledning og timebestilling, og behandlingstilbud i alle fire helseregioner. Behandlingstilbudet er nå etablert i alle landets helseregioner. Det er til enhver tid mellom 50–60 pasienter i aktiv behandling på landsbasis. Det legges til rette for et medisinsk kvalitetsregister for kunnskapsutvikling. Nye kampanjer er under utarbeidelse.

I budsjettet for 2022 ble det bevilget totalt 25 mill. kroner til gjennomføring av tilbudet på landsbasis over kap. 765, post 21, kap. 732, post 76 og kap. 2752, post 72. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2023. 23,6 mill. kroner foreslås over kap. 765, post 21, 1,2 mill. kroner over kap. 732, post 76 og 0,67 mill. kroner over kap. 2752, post 72.

TryggEst er en modell som er utviklet for å hjelpe kommuner til å ivareta voksne innbyggere som i liten, eller ingen grad, er i stand til å beskytte seg selv. Personer med fysisk eller kognitiv funksjonsnedsettelse, høy alder/demens, somatiske sykdommer, psykiske helsevansker, rusproblemer eller langvarig sykdom, kan være eksempler på dette. TryggEst skal bl.a. sikre at saker blir avdekket, at saker ikke blir oversett eller glemt, og at den utsatte blir ivaretatt i et samarbeid mellom aktuelle tjenester. Opplærings- og kompetansehevingstiltakene i TryggEst retter seg særlig mot ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. Følgforskning har vist at TryggEst bidrar til økt beskyttelse og et viktig vern mot overgrep for personer som har vansker med å beskytte seg selv og tale sin egen sak. En samfunnsøkonomisk analyse viser at TryggEst er samfunnsøkonomisk lønnsomt både på nasjonalt og kommunalt nivå, samt at modellen gir økt sosial tillit, og økt trygghet og livskvalitet hos de voldsutsatte voksne.

I 2022 ble det bevilget 10,2 mill. kroner til TryggEst over Kultur- og likestillingsdepartementets kap. 351, post 70. I 2023 foreslås det å styrke TryggEst ytterligere ved i tillegg å bevilge 3 mill. kroner over kap. 765, post 21.

Barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd

En betydelig andel av seksuelle overgrep mot barn og unge utføres av personer som selv er under 18 år. Det er vesentlig å komme tidlig inn for å forebygge at barn og unge utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd, slik at man kan redusere risikoen for at de begår overgrep mot andre barn.

Helse Vest RHF har ledet arbeidet med å styrke kompetanse og etablere behandlingstilbud i alle helseregioner for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Det jobbes fortsatt med å etablere behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd og arbeidet med å spre gode behandlingsmetoder videreføres. Hver helseregion organiserer tjenesten for at alle BUPer, ved

hjelp av veiledning, kan utrede og behandle barn og ungdom med SSA.

Det er også behov for kompetanse om problematisk og skadelig seksuell atferd i habiliteringstjenesten for barn og unge. Det er derfor etablert et prosjekt for kompetanseutvikling om denne tematikken innen habiliteringstjenesten.

I 2021 ble tilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd ytterligere styrket gjennom midler til etablering av regionale spisskompetansemiljøer i spesialisthelsetjenesten i alle de fire helseregionene. Spisskompetansemiljøene skal bidra til implementering av kunnskapsbasert praksis, og eventuelt delta i forskning på feltet. De kan inneha tyngdepunktfunksjon i den aktuelle regionen, og kan yte helsehjelp til pasienter som har behov for den aktuelle høyspesialiserte behandlingen. Det ble i 2022 bevilget 10,2 mill. kroner til formålet over kap. 765, post 21. For å understøtte det videre arbeidet med etablering av regionale spisskompetansemiljøer for barn og unge med skadelig seksuell atferd, foreslås det å flytte totalt 10,2 mill. kroner fra kap. 765, post 21 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger, kap. 732, post 72–75. Helse Nord RHF tildeles 1,3 mill. kroner, Helse Midt-Norge RHF tildeles 1,5 mill. kroner, Helse Vest RHF tildeles 1,95 mill. kroner. Helse Sør-Øst RHF tildeles 5,5 mill. kroner.

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVT-Sene) er også styrket med 5 mill. kroner til sitt arbeid med barn og unge med voldsproblematikk eller skadelig seksuell atferd, se omtale av RVT-Sene på kap. 765, post 75.

Helsedirektoratet utredet i 2020 og 2021 lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å begå problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre barn og unge. En konseptutredning med anbefalinger om tiltak til barn og unge som står i fare for å utvikle problematisk eller skadelig seksuell atferd ble overlevert i september 2021. Helsedirektoratet arbeider i 2022 med å gjennomføre tiltakene fra konseptutredningen som ble anbefalt for målgruppen ungdom 13–18 år. Arbeidet inkluderer etablering av flere nye tiltak som tilgjengeliggjøres på ung.no, tiltak rettet mot foreldre, og kompetansehevingstiltak mot fagpersoner som er i kontakt med barn og unge i sitt daglige arbeid, særlig helsesykepleiere. Det gjennomføres parallelt et eget innsiktsarbeid knyttet til barn og unge med utviklingshemning og kognitiv funksjonsnedsettelse. I 2022 vil det i tillegg igangsettes et nytt innsiktsarbeid for barn og unge i alderen 12 år og yngre. Det ble bevilget 8 mill.

kroner til formålet i 2022. Bevilgningen foreslås videreført i 2023 med 8,2 mill. kroner.

Beredskap og rådgivning om vold, traumatisk stress og psykososial støtte

For å sikre at sentrale rådgivningsoppgaver innen vold og traumatisk stress håndteres, fikk Helsedirektoratet i 2019 i oppdrag å gjennomføre en anskaffelse av en rammeavtale om kjøp av forsknings- og kunnskapsbasert rådgivning innen vold og traumatisk stress, inkludert psykososial oppfølging ved kriser og katastrofer (beredskap). En slik avtale ble inngått mellom direktoratet og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) med virkning fra 1. januar 2020.

Det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner fra rammeavtalen til grunnbevilgningen til NKVTS over kap. 765, post 75, slik at kunnskapssenteret kan sikre nødvendig kunnskapsgrunnlag om psykososiale behov og ivaretagelse ved pandemi og implementering av tiltak mot vold og traume (tilskuddsfinansiert aktivitet). Helsedirektoratet har høstet erfaring med bruk av rammeavtale på dette området, og finner at deler av aktiviteten knyttet til rådgivning bedre kan håndteres innenfor grunnbevilgningen til NKVTS. Det foreslås at rammeavtalen videreføres for de øvrige områdene den omfatter, med en bevilgning på 5 mill. kroner i 2023.

Som følge av den økte flyktningstrømmen fra Ukraina, ble det i Prop. 78 S (2021–2022) bevilget 7 mill. kroner for at Helsedirektoratet kunne inngå en slik avtale med en eller flere leverandører. Erfaringene fra bl.a. leirskredet i Gjerdrum, Ukraina-krisen og andre kriser er at helsetjenestenes evne til å ivareta befolkningens behov for psykososial støtte raskt overskrides i krisesituasjoner. Gjennom rammeavtalen kan enkeltkommuner få bistand til å håndtere befolkningens hjelpebehov i kriser på en rask og effektiv måte. Det foreslås å styrke bevilgningen på kap. 765, post 21 med 5 mill. kroner i 2023 for å videreføre rammeavtalen om psykososial bistand til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Læringsnettverk

Etterspørselen etter støtte til utviklingsarbeid av tjenestetilbudet til personer med psykiske plager og rusproblemer er stor i kommunene, som både driver forebygging, tidlig innsats, behandling og samhandling med spesialisthelsetjenesten og en rekke andre aktører. Læringsnettverkene er ment å gi støtte til å utvikle tjenestene i tråd med samhandlingsreformen og prinsipper for pasien-

tens helsetjeneste. Arbeidet ledes av KS og utføres i samarbeid med Kunnskapssentret gjennom opprettelse av læringsnettverk i kommunene. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025. Se kap. 762, post 21 for en samlet omtale av læringsnettverkene for gode pasientforløp. Arbeidet med læringsnettverkene er forsinket på grunn av koronapandemien. For å sikre prosjektet tilstrekkelig tid til gjennomføring foreslås prosjektperioden forlenget med ett år, ut 2023, men uten ytterligere bevilgninger.

I 2022 ble det bevilget inntil 4,3 mill. kroner til KS til læringsnettverkene for gode pasientforløp og god samhandling over kap. 765, post 21.

Styrke lederkompetanse

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015 og har vært et tilbud ved Handelshøyskolen BI i perioden 2015 – 2021. Utdanningen videreføres fra 2021 i ny planperiode for Kompetanseløft 2025, og gjennom ny avtale med BI i perioden 2021–2026. Målgruppen for utdanningen er ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Det er gode søkertall til studiet og høy tilfredshet blant deltakerne. Samlet har 1 080 ledere gjennomført utdanningen i perioden 2015–våren 2021. En evaluering gjennomført av Rambøll viser at utdanningen i stor grad har svart til forventningene.

Det ble i 2022 bevilget 5,2 mill. kroner til tiltaket over kap. 765, post 21. Bevilgningen foreslås videreført med 5,3 mill. kroner i 2023. Se også omtale under kap. 761, 762 og 770.

Statistikkutvikling

Det er av stor betydning at mål og virkemidler for utvikling og forbedring av tjenestene til personer med psykisk helse-, rus- eller voldsproblematikk bygger på kunnskap. Data fra og om de kommunale tjenestene er noe begrenset, og baserer seg dels på særreportering.

Helsedirektoratet innhenter årlig informasjon fra kommunene om status og utvikling på psykisk helse- og rusområdet. IS-24/8-rapporteringen (Sintef) dekker kommunenes årsverksinnsats, kompetanse og tjenesteorganisering.

I 2022 ble det rapportert 16 632 årsverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, basert på rapportering fra 95 pst. av alle landets kommuner og bydeler. 23 pst. av årsverkene gikk til tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Brukerplan er et verktøy som kommuner kan anvende for å kartlegge omfang og karakter av rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer blant brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Statistikken viser funksjonsnivå for personer med rus- og/eller psykiske helseproblemer på sentrale levekårsområder som fysisk og psykisk helse, rusmiddelbruk, økonomi, nettverk, arbeid, aktivitet og bolig. Resultatene fra kartleggingen gir grunnlag for planlegging, kvalitetsutvikling og tiltak i de kommunale tjenestene.

Årsrapporten for 2020 omfatter 37 621 personer over 18 år, 11 823 personer med rusproblemer, med eller uten samtidig psykiske problemer, og 25 798 personer med kun psykiske problemer.

Boligsituasjonen er det levekårsområdet der situasjonen fremstår mest positiv. Andelen med dårligst skår på denne variabelen er personer med samtidige rus- og psykisk helseproblematikk. Områder med forbedringspotensial er deltagelse i meningsfull aktivitet, brukernes psykisk helse, omfang av rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk.

Generelt har brukere med kun psykiske problemer og lidelser bedre skår på levekårsvariablene i Brukerplan enn personer med rusproblemer. Særlig dårlig ut kommer brukere med samtidige rus- og psykiske problemer og lidelser.

Brukerplan inneholder taushetsbelagte helseopplysninger og andre personopplysninger som er innhentet fra kommunene. Det har vært uklarheter knyttet til det rettslige grunnlaget for innhenting og avlevering av opplysninger fra virksomheter utenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Brukerplan har derfor siden 2020 ikke hatt slike opplysninger fra NAV og barnverntjenesten. Dette har fått betydning for antall kartlagte brukere i Brukerplanrapporten for 2020 og det foreligger ingen årsrapport for 2021.

Uten data fra NAV og barnverntjenesten reduseres verdien av Brukerplan som kilde til styringsinformasjon. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider derfor med en forskrift som skal gi tilstrekkelig rettslig grunnlag også for slike opplysninger og som tentativt skal sendes på høring i løpet av 2022.

Brukererfaringsundersøkelsen

Kompetansesenter rus – Midt-Norge (Korus Midt) har siden 2017, på oppdrag fra Helsedirektoratet, kartlagt hvordan personer med rusmiddelproblemer opplever de kommunale tjenestene de mottar i et representativt antall kommuner.

Andelen kommune som omfattes har økt fra 20 i 2017 til 64 i 2021, med 1121 svar fra brukere i 2021. Undersøkelsene tar for seg fire områder; tilgjengelighet, brukermedvirkning, samsvar mellom behov og tjenestetilbud samt opplevd nytteverdi og er et viktig supplement til IS-24/8 og Brukerplan.

Resultatene i 2021 viser at de fleste brukerne totalt sett har gode opplevelser av tjenestene og resultatene over tid. På enkelte områder har det vært en positiv utvikling. Samtidig er det områder færre av brukerne opplever som positive og der utvikling ikke finner sted. Det er positivt at flere opplever mer tilgjengelige tjenester og at brukernes opplevelse av personell i tjenestene som positiv også viser ytterligere forbedring. Det er også indikasjon på positiv utvikling knyttet til brukermedvirkning på individnivå, der halvparten av brukerne i 2021 svarte at de i stor grad hadde hatt innflytelse på utformingen av tjenestene mot 36 pst. i 2017. Det er imidlertid stor grad av variasjon i opplevelse av brukermedvirkning.

Kun 28 pst. av brukerne som deltar i undersøkelsen har individuell plan. Et viktig funn er imidlertid at brukere som har en koordinator i større grad er mer tilfredse på flere områder sammenlignet med de som ikke har en koordinator. Brukere med ansvarsgruppe og individuell plan rapporterer tidvis om signifikant bedre forhold, men ikke så ofte som brukere med koordinator.

For opplevd nytteverdi og samsvar mellom behov og den hjelpen som ytes er bildet mer komplekst. Selv om andelen som i stor grad opplever å få den hjelpen de trenger har økt fra 2019 til 2021, er det potensial for bedre tilpasning av tjenestene til brukernes behov.

På området bistand til en aktiv og meningsfylt tilværelse, er avstanden mellom brukernes behov og hjelpen de får som størst. Resultatene, både de kvalitative delrapportene og brukernes kommentarer til de kvantitative undersøkelsene, viser at gruppen som sådan har et stort behov for hjelp til å komme i ulike former for aktivitet og å etablere sosiale nettverk. Samtidig er det en høy andel som i liten grad, eller ikke i det hele tatt, opplever å få tilfredsstillende hjelp på dette området.

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk i 2021 i oppdrag om å vurdere om en årlig nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse med de kommunale psykisk helse- og rustjenestene kunne inkorporeres i andre nasjonale undersøkelser som FHI har ansvar for. FHI har presentert en skisse til hvordan dette kan gjøres, men Helse- og omsorgsdepartementet finner at det per i dag framstår mest hensiktsmessig å videreføre dagens løsning.

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 kommunalt ansatte med helse- og sosialfaglig eller pedagogisk utdanning med relevante arbeidsoppgaver inn mot fagområdet. Utdanningen skal kunne gjennomføres som en selvstendig videreutdanning, eller inngå som en del av en mastergrad. Det er et mål å bidra til styrket kunnskap om samarbeid og koordinering av tjenestene, samt utvikling av ferdigheter i å identifisere og intervensere med tanke på psykososiale belastningsfaktorer i nærmiljøet. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025.

Utdanningen opplever generelt høy tilsøkning, men noe frafall underveis i studieløpet. Studentene begrunner frafallet med manglende tilrettelegging fra arbeidsgiver knyttet til permisjon og stor arbeidsmengde. Blant studenter som gjennomfører studiet viser studentevalueringene stor tilfredshet med det faglige utbyttet, innhold og struktur i studietilbudet, samt den kunnskap studentene får om andre profesjoner gjennom studiets tverrfaglige profil.

I samarbeid med Kunnskapsdepartementet arbeides det med å vurdere å innlemme utdanningen i systemet med Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Helse- og sosialfagdirektoratet vil utløse en opsjon om oppdragsfinansiering av utdanningstilbudet for årskullet som tas opp i 2023, men vil ikke utlyse nye midler til oppdragsfinansiering fra 2024. En videreføring av studietilbudet etter dette vil måtte gjøres innenfor utdanningsinstitusjonenes egne rammer.

I 2022 ble det bevilget 20,9 mill. kroner til videreutdanningen. Bevilgningen foreslås videreført med om lag 21,4 mill. kroner i 2023.

Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for personer over 16 år med lettere til moderat angst og depresjon. Evalueringen av RPH viser at tilbudet både er etterspurt og effektivt, og at det når målgruppen med milde til moderate angst- og depresjonslidelser.

For å stimulere til at flere kommuner etablerer RPH, ble det i 2021 besluttet å gradvis legge om tilskuddsordningen på kap. 765, post 60 til en implementerings- og utdanningsstøtte. I Prop. 1 S (2020–2021) ble det derfor omdisponert 10 mill. kroner fra kap. 765, post 60 til kap. 765, post 21,

bl.a. for å øke kapasiteten i opplærings- og utdanningspakken for Rask psykisk helsehjelp. Se også omtale av RPH under kap. 765, post 60.

Helsedirektoratet utlyste i 2021 en offentlig anskaffelse av videreutdanningstilbudet og Norsk forening for kognitiv terapi fikk tildelt oppdraget. Det er et mål å øke kapasiteten i videreutdanningstilbudet ytterligere, slik at alle kommuner som har vedtatt å opprette RPH-team kan delta i denne og at kommuner med eksisterende RPH-team kan sende nyansatte.

I omleggingen av tilskuddet til RPH utredes også muligheten for å opprette regionale veiledere som kan veilede team i etableringsfasen og underveis. Denne veiledningen kan foregå på tvers av RPH-team for erfaringsutveksling. For å opprettholde de evidensbaserte faktorene ved RPH-modellen og for å gi RPH-teamene tilbakemelding på behandlingen som gis, er det videre et ønske å utrede muligheten for en nasjonal monitoreringsordning. Målet er at alle team skal kunne overvåke effekten av behandlingen før, under og etter.

Etablerings- og implementeringsstøtte er svært viktig for kommuner som skal starte opp RPH-team. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne (NAPHA) fikk i 2021 i oppgave å øke sin innsats i dette arbeidet. De er også gitt i oppgave å støtte allerede eksisterende RPH-team ved sårbare situasjoner, slik som omorganisering, større sykefravær og fare for nedlegging av RPH-team, samt å ferdigstille en håndbok for etablering og drift av RPH-team. Håndboka kan benyttes som en oppskrift for team som skal etableres.

Det ble i 2022 bevilget 14,1 mill. kroner til utvikling av RPH over kap. 765, post 21. Det foreslås å bevilge 14,5 mill. kroner til dette formålet i 2023.

Mestringsverktøy for angst og depresjon

Hovedmålet er å sørge for effektiv og tilgjengelig digital behandling av lette til moderate psykiske lidelser for innbyggere i norske kommuner. Det er anskaffet en leverandør, Assistert selvhjelp AS, som leverer åtte ulike verktøy for behandling av bl.a. depresjon, angst, stress, søvn mv. Verktøyene skal benyttes av innbyggere i kommunene sammen med behandler.

13 norske kommuner deltar i pilot for utprøving av Mestringsverktøy psykisk helse. Kommunene startet opp piloteringen i perioden desember 2020 og januar 2021. Tilbakemeldin-

gene på bruken av verktøyene har vært gode og leverandøren Assistert selvhjelp leverer allerede verktøy til mer enn 100 norske kommuner. Økningen har vært stor som følge av koronapandemien. Det er planlagt at piloten løper til og med desember 2022, med mulig utvidelse i 2023. Folkehelseinstituttet evaluerer piloten og planen er å utføre en randomisert kontrollert studie av effekten for personer som mottar digitale verktøy i piloten og for personer som mottar tradisjonell behandling.

Helsedirektoratet fikk i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2021 tildelt 20 mill. kroner for å anskaffe og tilgjengeliggjøre digitale selvhjelpsverktøy for psykisk helse. Til sammen ble fem ulike apper/verktøy tilpasset hhv. ungdom/unge voksne, gravide og småbarnsforeldre og voksne anskaffet.

Det ble i 2022 bevilget 3 mill. kroner til utvikling av digitalt mestringsverktøy for angst og depresjon. Det foreslås å styrke bevilgningen til utvikling og implementering av digitale mestringsverktøy med 3 mill. kroner, slik at samlet bevilgning blir om lag 6 mill. kroner i 2023. inntil 3 mill. kroner til utvikling av digitale mestringsverktøy i 2022.

Felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse

Gjennom koronapandemien ble bevilgningene til ulike hjelpetelefoner og nettjenester økt betydelig. Tjenestene rapporterte om økt pågang og mer alvorlige henvendelser enn før pandemien. Kvalitetssikret opplæring, særlig knyttet til selvmordsproblematikk og vurdering av alvorlighet, ble derfor vurdert til å være enda viktigere enn tidligere.

Tiltaket er både en oppfølging av rapporten fra ekspertgruppen som har vurdert konsekvenser koronapandemien har for befolkningens psykiske helse og rusbruk og inngår i regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord. I 2021 er det gjort planlegging for arbeidet.

I 2022 ble det bevilget 5 mill. kroner til felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse. Bevilgningen kunne også benyttes til å vurdere samordning av relevante hjelpetelefoner til ett felles nasjonalt nummer og mulighet for etablering av nødknapp, som også er tiltak i handlingsplanen og skal ses i sammenheng med opplæringspakken.

Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til dette formålet i 2023.

Utvikling og pilotering av lavterskeltilbud for barn og unge

Noen kommuner har bygget opp gode lavterskeltilbud for tidlig innsats og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og begynnende rusproblemer, som f.eks. Ung Arena og Ungdomshjelpen. Noen kommuner og bydeler tilbyr også Rask psykisk helsehjelp til personer over 16 år. Mange kommuner mangler likevel lett tilgjengelige tilbud som kan tilby tidlige tiltak uten henvisning eller lang ventetid for barn og unge.

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å utrede, utvikle og prøve ut et lavterskeltilbud for barn og unge i kommunene med psykiske plager og begynnende rusmiddelproblemer. Formålet er at flere barn og unge får tilgang til hjelp for psykiske plager og begynnende rusmiddelproblemer på et tidligere tidspunkt, og at flere kommuner får etablert et lavterskel oppfølgings- og/eller behandlingstilbud til målgruppen. Direktoratet leverte utredningen i juni 2022. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere anbefalingene inn i arbeidet med ny opptrappingsplan for psykisk helse.

I 2022 ble det bevilget 23 mill. kroner over kap. 765, post 60 i tilskudd til kommuner som deltar i piloten. Se nærmere omtale under kap. 765, post 60. Det ble videre bevilget 7 mill. kroner over kap. 765, post 21 til evaluering og utviklings- og implementeringsstøtte for kommunene, samt anskaffelse av opplæringsprogram. Bevilgningene foreslås videreført i 2023.

Utvikling av aktivt oppsøkende tjenester for barn og unge

Mange barn og unge med alvorlige og langvarige psykisk helse- og rusutfordringer har behov for samtidige tjenester fra flere sektorer og nivåer. En del mangler også den nødvendige strukturen rundt seg for å dra nytte av eksisterende tilbud, og risikerer derfor mangelfull utredning, oppfølging og behandling.

Det er igangsatt et arbeid for å utvikle tverrfaglige og oppsøkende team for barn og unge med sammensatte hjelpebehov, gjennom utredning og pilotering av FACT ung. Utredningen ble gjort av Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NK-ROP) i 2021 og beskriver målgruppe, behov for implementeringsstøtte, evaluering og kompetansebehov. I tillegg til dette har Helsedirektoratet utviklet en modellbeskrivelse samt praktiske råd for FACT ung-

team, opplæringsprogram og verktøy for måling av modelltrofasthet (fidelitymåling). NAPHA fikk i 2022 oppdrag om å koordinere satsingen i samarbeid med andre kompetansemiljøer.

Et FACT ung-team er satt sammen av fagfolk fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, og skal bestå av psykiater, psykolog, sykepleier, sosionom, ansatt med erfaringskompetanse, arbeids- og utdanningskompetanse mfl. FACT ung-team skal kunne gi all helsehjelp og oppfølgingen vedkommende trenger. Det er ønskelig med barnevernsfaglig kompetanse inn i teamet. Det vil også være nødvendig for teamene å ha en samarbeidsavtale lokalt med kommunalt barnevern. Videre er arbeidet med å ta IPS ung inn i FACT ung-team også under igangsetning i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet.

I 2023 vil det være behov for å gi omfattende faglig og organisatorisk støtte til FACT ung-teamene. Det vil være råd og veiledning i oppstartsfasen, faglige nettverk, omfattende implementerings- og opplæringsprogram og måling av modelltrofasthet. Det er også behov for en effektvaluering som kan si noe om nytten av FACT ung.

I 2022 ble det bevilget 8,5 mill. kroner på posten til utvikling, implementering og evaluering av FACT ung. Det foreslås å flytte 4 mill. kroner til kap. 765, post 74 og 1 mill. kroner til kap. 765, post 75 for å ivareta implementeringsarbeidet knyttet til FACT ung i ordinære strukturer. 2,5 mill. kroner foreslås videreført på posten til tiltaket. Se også omtale på kap. 765, post 60, under tilskudd til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester.

Programfinansiering 0–24

Det foreslås å bevilge 2,5 mill. kroner til evaluering av pilot for programfinansiering i 0–24-samarbeidet, se nærmere omtale av programfinansiering i Prop. 1 S (2022–2023) Kunnskapsdepartementet, kap. 226, post 64.

Tiårsmarkering av terrorangrepet 22. juli

I 2021 ble det gjennomført en tiårsmarkering for 22. juli-hendelsen. I forbindelse med markeringen ble det bevilget 3 mill. kroner til organisering av samlinger for etterlatte og overlevende. Samlingene ble organisert høsten 2021 og våren 2022, av Støttegruppen etter 22. juli i samarbeid med Helsedirektoratet, RVTS, NKVTS og Senter for krisepsykologi.

Studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken

Det ble i 2022 bevilget 2 mill. kroner til en studie om overlevende og pårørende etter Alexander L. Kielland-ulykken for å få kunnskap om hvilke konsekvenser manglende oppfølging etter ulykken, og ulykken i seg selv, har for menneskers fysiske og psykiske helse. Studiene skal gjøres i samarbeid med Kielland-nettverket. Kielland-nettverket har gitt tilbakemelding om at de ikke ønsker at det gjennomføres en slik studie. Det foreslås derfor at bevilgningen ikke videreføres i 2023.

Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester og barnevern

Helsedirektoratet (Hdir) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufetat) fikk i 2017 likelihood oppdrag om en rekke tiltak for å bedre helsehjelp til barn i barnevernet. Det har vært tett samarbeid mellom Hdir og Bufdir om tiltakene. Mange av tiltakene er ferdigstilt og iverksatt. Direktoratene lanserte i 2020 Nasjonalt forløp for barnevern som skal sikre barn tidlig helsehjelp og oppfølging og skal utvides med somatisk helse, tannhelse og seksuell helse i 2022. Forløpene retter seg mot alle barn hvor barnevernet beslutter undersøkelse på grunnlag av bekymringsmelding. For å sikre god gjennomføring av forløpet, skal det sørges for systematisk implementering og nødvendig opplæring i berørte tjenester i 2023.

Barn som plasseres utenfor hjemmet og hvor det er behov for ytterligere kartlegging, kan tilbys en mer omfattende helsekartlegging for å sikre en hensiktsmessig omsorgsbasis, godt tilpasset oppfølging i barnevernet og helsehjelp, jf. Prop. L 222 (2020–2021). Lovhjemmelen som sier at Bufetat kan tilby tverrfaglig helsekartlegging trådte i kraft i gjeldende barnevernlov 1. juni 2022. Plikten for kommunene til å be Bufetat om tverrfaglig helsekartlegging, vil tre i kraft når det er bygget opp tilstrekkelig kapasitet i det statlige tilbudet. Slik helsekartlegging er under etablering, og flere tverrfaglige kartleggingsteam vil komme på plass i løpet av 2023. Felles anbefalinger for innhold i tilbudet og forventet kompetanse, samt retningslinjer for Bufetats vurderinger av når kartlegging tilbys skal utarbeides av Hdir og Bufdir i løpet av 2022.

Hdir og Bufdir fikk i 2020 i oppdrag å følge opp Helsetilsynets rapport Omsorg og rammer og skal i siste del av oppdraget med frist 1. juni 2023, vurdere behov for endringer i regelverk og alternative tiltak. I 2019 ble det etablert to omsorgs- og

behandlingsinstitusjoner for barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp. Institusjonene har ansatte med kompetanse fra barnevern og helse. Bufdir og Hdir har iverksatt følgeforskning av institusjonstilbudet som gjennomføres av NTNU Samfunnsforskning og vil foreligge i 2023. En evaluering av helsesatsingen gjennom SINTEF vil foreligge i 2023.

For 2023 foreslås det 3 mill. kroner over kap. 765, post 21 til videre arbeid med utvidelse av forløpene samt systematisk implementering og nødvendig opplæring. Videre foreslås det å øke bevilgningen med 21 mill. kroner til opprettelse av flere tverrfaglige team for helsekartlegging av barn som plasseres utenfor hjemmet, hvorav 2,3 mill. kroner foreslås til de regionale helseforetakene over kap. 732, post 70, 1,1 mill. kroner over kap. 740, post 01 til koordinerende tiltak gjennom Helsedirektoratet, og resterende beløp over Barne- og familiedepartementets budsjett. Se nærmere omtale av helsekartleggingen under kap. 732, post 70 og i Prop. 1 S, Barne- og familiedepartementet, kap. 855, post 01.

Riktig medikamentbruk blant barn og unge

Helsedirektoratet fikk i 2017 oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere tiltak for å redusere ordinerings av psykofarmaka til barn og unge og å foreslå tiltak som intensiverer innsatsen for å forebygge unødig bruk av antidepressiva og sovepiller blant barn og unge. Flere tiltak har vært gjennomført siden da.

Direktoratet tildelte i 2021 Norsk kompetansenettverk for legemidler til barn i oppdrag å etablere og drifte et nasjonalt legemidlenettverk innen barne- og ungdomspsykiatri. Nasjonalt kompetansenettverk for psykofarmaka til barn og unge (Psykofarmakanettverket) startet sin drift i januar 2022 og skal arbeide for at barn og unge som behandles med psykofarmaka skal få en trygg og likeverdig behandling uavhengig av geografisk tilknytning. Dette inkluderer arbeid med kompetanseheving, kunnskapsformidling, pasientsikkerhet og vitenskapelig arbeid.

Kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler (KOBLE) ble fullt lansert i 2021. Helsedirektoratet har med midler fra oppdraget medfinansiert innhold om psykofarmaka i dette oppslagsverket. I tillegg har Helsedirektoratet i 2021 hatt Nasjonale faglige råd for bruk av psykofarmaka hos barn og unge på ekstern høring og utvidet Folkehelseinstituttets oppdrag om registeranalyse av legemiddelbehandling av barn og unge

med psykiske lidelser i Norge (Psychopharm Young).

I 2022 vil direktoratet publisere Nasjonale faglige råd for bruk av psykofarmaka hos barn og unge, kartlegge behov for kvalitetsindikatorer som kan benyttes til å måle trygg og god legemiddelbehandling innen fagområdet samt følge opp Folkehelseinstituttets oppdrag om dataregisteranalyse og pasient- og brukerundersøkelse i BUP og Norsk Legemiddelhandbok sitt oppdrag om utarbeidelse av informasjon om psykofarmaka til pasienter, pårørende og helsepersonell.

I 2022 ble det bevilget 3,1 mill. kroner til arbeidet.

Nasjonalt kompetansenettverk for psykofarmaka til barn og unge ble opprettet høsten 2021. Nettverket planlegges driftet videre innenfor rammene av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, og skal jobbe for at barn og unge som behandles med psykofarmaka skal få en trygg og likeverdig behandling uavhengig av geografisk tilknytning. Det foreslås derfor å flytte 2 mill. kroner, øremerket drift av Psykofarmakennettverket, fra kap. 765, post 21 til kap. 717 post 70, jf. omtale under denne posten. Det foreslås å bevilge 1 mill. kroner til Helsedirektoratets øvrige arbeid på området i 2023.

Styrket arbeid med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser

Barn og unge som utvikler spiseforstyrrelser kan oppleve tapte ungdomsår, og spiseforstyrrelser kan utvikle seg i alvorlig retning. Alvorlige spiseforstyrrelser har betydelig forhøyet dødelighet. Mange venter lenge før de søker hjelp og helseforetakene melder at mange er sykere når de først henvises. Selv om det er for tidlig å si noe sikkert om årsakssammenhenger, er dette en utvikling det er viktig å ta på alvor.

Det er lite kunnskap om hvordan forebygge spiseforstyrrelser. Det er sentralt med tidlig oppdagelse og behandling, men det er store behov for kompetanseheving og veiledning både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Ifølge undersøkelse gjort av Riksrevisjonen, oppgir flertallet av lederne for BUP at de savner kompetanse om konkrete diagnoser eller tilstander og spiseforstyrrelser er blant temaene de oftest nevner.

Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til et program for styrket kunnskap og kompetanse om spiseforstyrrelser over denne posten. Samtidig foreslås det 10 mill. kroner til et øremerket tilskudd for kompetanseheving i kommunal sektor, se omtale under kap. 765, post 60.

Evaluering av 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 over kap. 765 er mange av tiltakene det gis tilskudd til evaluert, uten at tilskuddsordningene i seg selv har vært gjenstand for evaluering. Systematisk evaluering av tilskuddsordninger i kap. 765 ble derfor igangsatt i 2018. Prosjektet består av tre hovedvirkemidler, en rullerende fire-års evalueringsplan, intern veileder for evaluering av tilskuddsordninger og en kunnskapsbank.

I perioden 2017–2021 er det evaluert syv tilskuddsordninger på psykisk helse- og rusområdet. Helsedirektoratet rapporterer som gjennomgående trekk ved evalueringene at tilskuddordningene finansierer tiltak som ellers ikke ville kommet sluttbrukene til gode, men at grunnlaget for å si noe om antatte og faktiske effekter er for svakt. Anbefalingene i evalueringene i sin helhet viser behov for forbedringer i direktoratets resultatstyringssystem, herunder å spisse ordningene og å definere tydeligere mål og kriterier for måloppnåelse mv.

I 2021 ble det flyttet 2 mill. kroner fra kap. 765, post 74 til evaluering av kompetansesentre innen psykisk helse og rus. I 2022 ble det bevilget 1 mill. kroner til det øvrige evalueringsarbeidet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1 mill. kroner i 2023.

Handlingsplan for forebygging av selvmord

Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste ble lagt fram 10. september 2020. Med denne planen ble nullvisjon for selvmord innført i Norge. Åtte departementer står bak planen, som består av 61 tiltak. Det vises for øvrig til omtale av handlingsplanen under innledningen til kap. 765.

I 2021 har det vært arbeidet med planlegging av regionale folkeopplysningskampanjer med nasjonal overbygging om forebygging av selvmord.

I 2021 har FHI arbeidet med forberedelse til piloten for en systematisk arbeidsmetode for å gjennomgå alle selvmord både innenfor og utenfor helsetjenesten. Det har i 2021 blitt arbeidet med tiltaket om å oversette, tilpasse kulturelt og implementere opplæringsmaterieell i hvordan oppdage, avdekke og intervensere ved selvmordsfare til nord-, sør- og lulesamisk. Arbeid med obduksjoner ble ikke startet opp. Tiltaket felles opplæringsmodul

for hjelpetelefoner innen psykisk helse har egen omtale under denne posten. Det vises for øvrig til omtale av handlingsplanen og rapportering under innledningen til kap. 765, samt RVTSenes arbeid under kap. 765, post 75 og omtale av digitale tjenester til barn og unge under kap. 762, post 21.

I 2022 ble det bevilget 7,5 mill. kroner til å gjennomføre regionale folkeopplysningskampanjer med nasjonal overbygging om forebygging av selvmord under denne posten. Det ble bevilget 2 mill. kroner til pilot for en systematisk arbeidsmetode for å gjennomgå alle selvmord både innenfor og utenfor helsetjenesten, for å kunne iverksette tiltak som kan bidra til å forebygge nye selvmord. Det ble bevilget 5 mill. kroner til kompetanseutvikling på selvskadings- og selvmordstematikk hos personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk, samt 5 mill. kroner til felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse, vurdering av samordning av relevante hjelpetelefoner til ett felles nasjonalt nummer og mulighet for etablering av nødknapp. Videre ble det bevilget 0,5 mill. kroner til å øke antall obduksjoner for å redusere usikkerhet i selvmordstallene som registreres i Dødsårsaksregisteret, samt 0,5 mill. kroner til å oversette, kulturelt tilpasse og implementere opplæringsmaterieil hvordan oppdage, avdekke og intervensere ved selvmordsfare til nord-, sør- og lulesamisk. Det foreslås å videreføre midlene i 2023.

Utvikling av evalueringsmodell for rusmiddel-forebyggende arbeid ved UNODC

Tidligere vurderinger av ulike rusmiddelforebyggende programmer har vist at det er stor variasjon med tanke på faktisk effekt. I mange tilfeller er det heller ikke mulig å påvise tilsiktede effekter av innsatsen.

Departementet etablerte i 2020 et samarbeid med FNs kontor for narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) om utvikling av modell for evaluering av rusmiddelforebyggende arbeid. Se nærmere omtale under kap. 714, post 21.

I 2022 ble det bevilget 0,5 mill. kroner til formålet. I tillegg ble det bevilget 0,6 mill. kroner til samme formål over kap. 714, post 21. Arbeidet avsluttes i 2023 og det foreslås ikke å videreføre bevilgningen.

Rådgivende enheter for russaker i kommunene

Fra første juli 2022 trådte helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 b i kraft. Bestemmelsen pålegger kommunene å ha rådgivende enheter for russaker. Enhetene har ansvar for å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår etter straffeloven § 37 første ledd bokstav k, i saker om bruk, erverv, besittelse eller oppbevaring av narkotika til egen bruk etter § 231 eller legemiddelloven § 31, jf. § 24 første ledd. Enheten har også ansvar for å gjennomføre ruskontroll etter straffeloven § 37 første ledd bokstav d, dersom det også er satt som vilkår. Helsedirektoratet har utarbeidet enkelt veiledende materieil for enhetens virksomhet og vil vurdere behov for ytterligere føringer. Det kan være aktuelt å se nærmere på enhetenes oppgaver og funksjoner i stortingsmeldingen om forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.

Etablering av enhetene er et sentralt grep i ruspolitikken. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til følgeevaluering av de rådgivende enheter for russaker for 2023.

Post 60 Kommunale tjenester

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

- 10 mill. kroner i økt bevilgning for å styrke og utvikle samhandling og tilbud til pasienter med særlige krevende og samtidige tjenestebehov.
- 10 mill. kroner til et tilskudd innrettet mot utvikling av kommunale tilbud og samhandlingstiltak knyttet til målgruppen brukere med spiseforstyrrelser.

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 tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), herunder også med private og ideelle tjenesteytere.

Tilbud til voksne med langvarige og/eller sammensatte tjenestebehov

Målet for ordningen er å styrke tilbudet til personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov gjennom å etablere helhetlige og virksomme tjenester fra ulike nivåer og sektorer. Målgruppen er voksne med alvorlige psykiske helseutfordrin-

ger og/eller rusmiddelproblemer, voldsproblematikk og som har langvarige og sammensatte behov for behandling, rehabilitering, oppfølging og støtte.

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.

Tilskuddsordningen 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 prosjektperioden.

Rapporteringen for 2021 viser at ordningen bidrar til delfinansiering av etablering og drift av tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen (Assertive Community Treatment) og FACT-modellen (Flexible ACT), som er ordningens førsteprioritet, samt andre tverrfaglige team. For 2021 er det rapportert om lag 82 ACT-team og FACT-team samt 8 FACT ung-team.

I tillegg rapporteres 42 oppsøkende tverrfaglige team i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og om lag 70 andre kommunale team.

Tilskuddsordningens regelverk viser også til prioriterte tiltak fra Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* og har vært anvendt i sammenheng med tilskudd til kommunalt rusarbeid over kap. 765, post 62. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å revidere regelverket i henhold til føringer i kommende opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet mv.

Samhandling og tilbud til pasienter med særlige krevende og samtidige tjenestebehov

Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner for å bidra til forbedret samhandling og tilbud til pasienter med særlig krevende og samtidige tjenestebehov på bakgrunn av samtidige rus- og psykiske lidelser. Satsingen skal skje innenfor rammene av helsefelleskapene.

Gjennom tilsynsrapporter og Helse- og omsorgsdepartementets kommunikasjon med kommuner, helseforetak og organisasjoner mv. er det identifisert behov for å bedre samhandling og

utvikle tjenestetilbud særlig til pasienter ilagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og personer som er ilagt særreaksjoner, men som har opphold utenfor institusjon i kriminalomsorgen eller spesialisthelsetjenesten. Målgruppen kan utvise en atferd, for eksempel omfattende rusmiddelbruk eller høy risiko for å utøve vold, som oppleves som utfordrende for å yte gode tjenester.

Bevilgningen skal bidra til å etablere modeller for god og lokalt tilpasset samhandling mellom sektorer og tjenestenivåer innfor rammene av helsefelleskapene. Helsefelleskapene er sentrale for utvikling av samhandling mellom nivåene og personer med rus- og psykiske problemer er prioriterte målgrupper for helsefelleskapene.

Formålet med bevilgningen er å bidra til at pasientgruppen opplever forbedret livssituasjon. gjennom at tjenesteytere på ulike nivåer gir samordnede, forsvarlige og tilstrekkelige tjenester og oppfølgingstilbud. Tjenestetilbud skal bidra til å forebygge og reduserer risikoen for forverring av lidelser samt at uønskede hendelser oppstår.

Kommunene må stå som ansvarlig søker, og det må dokumenteres at aktørene i helsefelleskapet er omforent om modellen for at tilskuddet skal utbetales. Tiltaket forankres både i opptrappingsplanen for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.

Anmodningsvedtak

Levekårsundersøkelse for personer med alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)

Vedtak 694, 25. februar 2021

«Stortinget ber regjeringa gjennomføre ei levekårsundersøking for personar med alvorleg ruslidning og psykisk lidning (ROP) med utgangspunkt i evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dokument 8:130 S (2019–2020), jf. Innst. 243 S (2020–2021).

Anmodningsvedtaket er fulgt opp gjennom oppdrag til Helsedirektoratet i 2022 om å vurdere om kunnskapsgrunnlaget om gruppens levekårsutfordringer anses tilstrekkelig eller om det foreligger behov for ytterligere studier eller undersøkelser før relevante tiltak og tilbud kan iverksettes. Det foreligger allerede god dokumentasjon, bl.a. gjennom Brukerplan kartlegginger, om målgruppens levekår. Helsedirektoratet konkluderer med at det ikke er behov for ytterligere

kunnskapsinnhenting om målgruppens levekår før tiltak kan utvikles og iverksettes. Det vises i den sammenheng til regjeringens Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, Opptappingsplan for psykisk helse og Nasjonal strategi for den boligsosiale politikken (2021–2024), for utvikling av tilbud og tjenester til personer med samtidige rus- og psykiske lidelser.

Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester

Målet for ordningen er å styrke tilbudet til barn og unge som har behov for langvarig, tilpasset og/eller sammensatt oppfølging. Målgruppen er barn og unge med psykiske problemer og/eller rusrelaterte problemer som har behov for utredning, behandling, oppfølging samt lever med høy risiko for å utvikle alvorlig funksjonsnedsettelse og deres familier.

Tilskuddet skal stimulere til helhetlige tjenester og forpliktende samhandling mellom ulike nivåer og sektorer: mellom kommune og spesialisthelsetjenester, mellom kommunale tjenester og gjennom interkommunalt samarbeid. Tjenestetilbud skal utvikles og iverksettes sammen med brukere/pasienter.

Det gis tilskudd til:

- delfinansiering av etablering og drift av tverrfaglig oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge etter modell av FACT ung (prioritet 1).
- utvikling og etablering av kunnskapsbaserte metoder, modeller og tiltak i lokale lavterskeltilbud f.eks. etter modell av Ung Arena og annen modellutprøving for tilgjengelige og helhetlige lavterskeltilbud (prioritet 2).

I 2021 var det åtte FACT ung-team. Ett team gjennomførte modelltrofasthetsvurdering i 2021.

I 2022 ble det bevilget om lag 315 mill. kroner til utvikling av tilbud til mennesker med behov for langvarig og sammensatt oppfølging. Det foreslås å bevilge om lag 333 mill. kroner til formålet i 2023.

Styrket arbeid med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser

De siste årene, og særlig under pandemien, har det vært observert en klar økning i antall barn, unge og unge voksne som blir henvist på grunn av, og som har fått behandling for, spiseforstyrrelser. Eksempelvis økte antall barn og unge under

18 år som fikk behandling for spiseforstyrrelser i Helse Sør-Øst med 67 pst. i perioden 2019–2021. Dette er en utvikling som må tas på alvor, og hvor det må igangsettes forebyggende tiltak, tiltak for tidlig oppdagelse og intervensjon og hvor kapasiteten i behandlingstilbudet må vurderes styrket.

Det foreslås 10 mill. kroner til et tilskudd innrettet mot utvikling av kommunale tilbud og samhandlingstiltak knyttet til målgruppen brukere med spiseforstyrrelser. Bevilgningen må ses i sammenheng med den foreslåtte bevilgningen til kunnskap og kompetanse om spiseforstyrrelser under kap. 765, post 21.

Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for personer over 16 år med lettere til 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 ha personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål. 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. Se også omtale under kap. 765, post 21.

Tilskuddet er under utfasing, og det er derfor svært få kommuner igjen i ordningen. Av de syv kommunene som rapporterte på tilskuddet for 2021, hadde fem høy måloppnåelse og to middel måloppnåelse. Årsaken til middels måloppnåelse er knyttet til ansatte som har vært i permisjon og vakante stillinger, og at tilbudet derfor har hatt lavere fleksibilitet enn de andre.

I tråd med omtalen i Prop. 1 S (2020–2021) ble det besluttet at tilskuddet gradvis skal legges opp til en utdannings- og implementeringsstøtte. Fra 2023/2024 opphører tilskuddet.

I 2022 ble det bevilget 4 mill. kroner til tilskuddsordningen. Det foreslås å videreføre bevilgningen på om lag samme nivå i 2023.

Pilotering av lavterskeltilbud for barn og unge

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å utrede, utvikle og prøve ut et lavterskeltilbud for barn og unge i kommunene med psykiske plager og begynnende rusmiddelproblemer. Formålet er at flere barn og unge får tilgang til hjelp på et tidligere tidspunkt og at flere kommuner får etablert et oppfølgings- og/eller behandlingstilbud til

denne målgruppen. Rapporten ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2022. Departementet vil vurdere anbefalingene inn i arbeidet med opptrappingsplan for psykisk helse.

I 2022 ble det bevilget 23 mill. kroner til formålet over kap. 765, post 60. Det ble også bevilget 7 mill. kroner over kap. 765, post 21, til evaluering og utviklings- og implementeringsstøtte for kommunene, samt anskaffelse av opplæringsprogram. Det foreslås å bevilge 23 mill. kroner til tiltaket i 2023 over kap. 765, post 60.

Post 62 Rusarbeid

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

- 20 mill. kroner i økt bevilgning for å stimulere til etablering av oppsøkende virksomhet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, rettet mot barn og unge.

Helsedirektoratet fikk i 2021 i oppdrag å revidere tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid og nytt regelverk ble operativt fra 2022. For tilskuddsmottakere som allerede er tildelt midler over tidligere ordning gjelder ett eget overgangsregelverk.

Formålet med tilskuddordningen er endret fra kapasitetsvekst til å skulle bidra til bedret livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse for personer med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende. Ordningen tar sikte på å styrke tilbud innen forebygging, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging og det er et mål at systematisk bruker- og pårørendemedvirkning benyttes i tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring i tilskuddskommuner. Små kommuner og kommuner med særlig behov for å styrke tilbudet til målgruppene vil bli prioritert og det oppfordres til interkommunalt samarbeid mellom mindre kommuner. Ordningen skal videre understøtte regjeringens mål for rusfeltet slik de fremkommer i Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Det vises til egen omtale av Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet under kapittelomtalen.

Ordningen vurderes å ha hatt høy grad av måloppnåelse i 2021. Antall søkere om tilskudd over de siste årene har imidlertid stagnert, noe som kan ha sammenheng med krav om økende andel egenfinansiering samt usikkerhet om den videre utformingen av ordningen. Etter ny ordning kan tilskudd innvilges inntil fire år, men uten krav om økt andel egenfinansiering.

Det ble i 2021 tildelt tilskudd til om lag 1 100 stillinger fordelt på 259 kommuner og bydeler. Stillingene har i stor grad vært benyttet til å styrke innsatsområdene i Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*, som flerfaglige oppsøkende team, oppfølgingstjenester i bolig, arbeids og aktivitetsrettede tiltak og lavterskel helsetjenester, skadereduserende tiltak mv.

Det er et vedvarende trekk at kommunene i langt større grad retter årsverksinnsatsen mot aldersgruppen 18–66 år enn mot personer under 18 år. Under halvparten av kommunene driver oppsøkende arbeid rettet mot barn og unge. Det foreslås å øke bevilgningen med 20 mill. kroner i 2023 for å stimulere kommunene til å etablere oppsøkende virksomhet, særlig rettet mot barn og unge. Formålet med satsingen er å forebygge psykisk helseproblematikk og begrense skadene som rusmiddelbruk kan medføre gjennom tidlige identifisering og intervensjon mv., henvisning til behandlings- og oppfølgingstilbud mv. og gjennom økt tilstedeværelse i ungdomsmiljøer.

Styrkingen må ses i sammenheng med regjeringens ungdomsgaranti, jf. omtale i Arbeids- og inkluderingsdepartementets proposisjon. Ungdomsgarantien skal sikre at personer under 30 år som har behov for arbeidsrettet bistand fra Arbeids- og velferdsetaten, herunder mottakere av arbeidsavklaringspenger, får en fast kontaktperson og tett og god arbeidsrettet oppfølging så lenge de har behov for det. Oppfølgingen skal kunne gis bl.a. under deltakelse i arbeidsmarkedstiltak, arbeidsrettede aktiviteter, opplæring, medisinsk behandling og på arbeidsplassen. Gjennom løsninger i dialog med brukeren, arbeidsgiver og andre tjenesteytere, som helse- og utdanningssektoren, skal tiden den enkelte er utenfor arbeid og utdanning reduseres. Målet er at flere unge skal komme i ordinært arbeid.

I 2022 ble det bevilget 412,8 mill. kroner til formålet. Det foreslås 443,7 mill. kroner i 2023.

Post 71 Brukere og pårørende mv.

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

- 25,8 mill. kroner i redusert bevilgning for å ivareta andre prioriterte formål.
- 2,8 mill. kroner flyttes fra kap. 765, post 73 knyttet til en samling av tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner.
- 2 mill. kroner flyttet til kap. 761, post 79 knyttet til en samling av tilskuddet til Pårørendealliansen.

Bevilgningen skal bidra til å fremme bruker- og pårørendemedvirkning og dekker tilskudd til bruker- og pårørendearbeid og videreutvikling av selvorganisert selvhjelp på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet mv.

Tilskudd til bruker- og pårørendearbeid innen psykisk helse- rus- og voldsfeltet

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke organisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet på rus-, psykisk helse- og voldsfeltet. Tilskuddet skal bidra til økt brukermedvirkning, både individuelt og i utformingen av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske helseproblemer, rus- og/eller voldsproblemer.

Det gis tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner, lokale og regionale brukerstyrte tiltak og sentre, pårørendesentre og selvhjelpsgrupper mv. Interesseorganisasjoner og diagnose- og gruppenøytrale paraplyorganisasjoner for pårørende kan også motta støtte over ordningen.

I 2021 mottok Helsedirektoratet 128 søknader med en samlet søknadssum på 187 mill. kroner. Det ble innvilget tilskudd til 77 tiltak, herunder seks regionale brukerstyrte sentre.

I 2021 var de fleste tilskuddsmottakerne bruker- og pårørendeorganisasjoner eller interesseorganisasjoner. Mange organisasjoner har flere inntektskilder og mottar også tilskudd støtte over kap. 765, post 72 (Aktivitetstilskuddet). Helsedirektoratet vurderer at ordningen genererer aktiviteter og resultater i tråd med regelverket og ordningens formål, men det er likevel tydelig kvalitetsforskjell mellom virksomhetene. Flere nye aktører er kommet til de siste årene og brukermedvirkning tas mer inn på system- og tjenestenivå. Helsedirektoratets vurdering er at ordningen har en noe bedre måloppnåelse enn tidligere år. Det vurderes imidlertid at ordningen i liten grad bidrar til å rekruttere lokale brukermedvirkere.

Helsedirektoratet fikk i 2021 i oppdrag å vurdere om den søkbare delen av bevilgningen på posten var hensiktsmessig innrettet. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og Helsedirektoratet anbefaler justering av formålet med tilskuddordningen, avgrensning av hvilke virksomheter som kan søke tilskudd og at kjerneoppgaver for virksomheter som mottar tilskudd tydeliggjøres. Videre anbefaler gruppen at det etableres tydeligere utvalgelseskriterier, kriterier for utmåling av

tilskudd, måloppnåelse og rapporteringskrav mv. Departementet tar sikte på å følge opp anbefalingene i 2023. Tilskuddordningen kan ses i sammenheng med kommende Opptappingsplan psykisk helse og Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.

I 2022 ble det bevilget om lag 125 mill. kroner til formålet. I forslag til bevilgning for 2023 tilkommer om lag 23 mill. kroner ved innlemming av tidligere øremerkede tilskudd. Bevilgningen foreslås redusert med en mill. kroner for å ivareta andre prioriterte formål. Det foreslås å bevilge 152 mill. kroner til bruker- og pårørendearbeid innen psykisk helse- rus- og voldsfeltet i 2023.

Erfaringsssentrum

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det i 2022 bevilget 2,5 mill. kroner i øremerket tilskudd til Erfaringsssentrum. Det foreslås å avvikle tilskuddet til Erfaringsssentrum fra og med 2023. Bevilgningen foreslås flyttet til den søkbare tilskuddsordningen til bruker- og pårørendearbeid innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse arbeider for økt kunnskap om psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering, og er en paraplyorganisasjon med 31 medlemsorganisasjoner på tvers av bruker- og pårørendeorganisasjoner, humanitære organisasjoner, universiteter, høyskoler, profesjonsorganisasjoner og fagforbund. Bevilgningen går til Rådet for psykisk helses virksomhet. Rådet for psykisk helse har i 2021 gjennomført opplysningsarbeid innen psykisk helse på en rekke arenaer. Rådet har deltatt bredt i samfunnsdebatten og bidratt til å styrke kvalitetsutvikling innen psykisk helse. Eksempler på aktiviteter er gjennomføring av dialogkonferanser og sammenkomster, initiering av møteplasser, debattinnlegg i aviser, magasiner og på TV, opplysningsarbeid i skoler, barnehager, eldresenter og på arbeidsplasser, avgivelse av høringsuttalelser, deltagelse i komiteer og drift av ulike konti i sosiale medier. Selvmordsforebygging har hatt stort fokus. Rådet har også i 2021 utgitt bladet Psykisk helse. Måloppnåelse vurderes som høy.

I 2022 ble det bevilget 4,4 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 4,6 mill. kroner i 2023.

Harry Benjamin Ressurssenter

Harry Benjamin Ressurssenter (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 med kjønnsdysfori skal kunne leve åpent, uten frykt for å bli sosialt utstøtt eller diskriminert. I 2022 ble det bevilget 3,8 mill. kroner i øremerket tilskudd til HBRS.

Det øremerkede tilskuddet til Harry Benjamin Ressurssenter foreslås avvirket og bevilgningen foreslås innlemmet i den søknadsbaserte ordningen med tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Pårørendealliansen

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det i 2022 bevilget 2 mill. kroner i øremerket tilskudd til Pårørendealliansen. Det foreslås å flytte 2 mill. kroner fra kap. 765, post 71 til kap. 761, post 71, jf. omtale der.

Pårørendesenteret i Stavanger

Stiftelsen Pårørendesenteret tilbyr pårørendeveiledning, kurs og undervisning både til pårørende og fagfolk, lokalt og nasjonalt.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det i 2022 bevilget 6,3 mill. kroner i øremerket tilskudd til Pårørendesenteret i Stavanger. Det foreslås å avvikle tilskuddet til Pårørendesenteret fra og med 2023. Bevilgningen foreslås flyttet til den søkbare tilskuddsordningen til bruker- og pårørende arbeid innen psykisk helse, rus- og voldsfeltet. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Selvhjelp

Formålet med tilskuddsordningen Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp – Selvhjelp Norge 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 aktiv i 25 lokale og to nasjonale nettverk.

Pandemien har påvirket arbeidet til Selvhjelp Norge også i 2021. Det er avholdt færre fysiske møter, samtidig som digitale aktiviteter har økt. Det er avholdt 23 igangsetterkurs med til sammen 319 deltakere. Kurset er videreutviklet gjennom nytt kursmaterieell for deltakere og lærere. Det måles per i dag ikke hvor mange selvhjelpsgrupper som etableres i etterkant av igangsetterkurs. Distriktskontorene har medvirket til oppstart av ni selvhjelpsgrupper. Selvhjelp Norge hadde ti undervisningsoppdrag for 400 studenter i 2021. Det er inngått avtale med Høyskolen Kristiania om å gjennomføre en pilot der det gis opplæring som obligatorisk del til tredjeårsstudenter på studieretning Livsstilsendring og folkehelse. Piloten har pågått i 2021. Måloppnåelsen vurderes som høy.

Nasjonal plan for selvhjelp gikk ut i 2018. Evalueringen viste at roller og ansvarfordeling, rangering av sentrale styringsdokumenter og mål og kriterier i regelverket må gjennomgås og tydeliggjøres.

Arbeidet med ny nasjonal plan er avvirket. I 2022 ble det bevilget 19,5 mill. kroner i øremerket tilskudd til Selvhjelp Norge. Det foreslås å avvikle tilskuddet Selvhjelp Norge fra og med 2023 for å ivareta andre prioriterte formål. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Verdensdagen for psykisk helse

Verdensdagen for psykisk helse er en internasjonal FN-dag og markeres hvert år 10. oktober. Målet for bevilgningen 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. Bevilgningen går til Mental Helses koordinering av den norske kampanjen. Arrangementer blir gjennomført i Norge over en periode på om lag en måned. Verdensdagen er Norges største opplysningskampanje innen psykisk helse.

Tema for Følge opp-kampanjen i 2021 var: Livet under og etter en pandemi. Følg opp! Målet var å utvide samtalen om psykisk helse og oppfordre flere til å følge opp seg selv, hverandre og omgivelsene for å bygge et samfunn som fremmer

god psykisk folkehelse. Til tross for pandemien ble det i 2021 registrert 3 103 markeringer, noe som er ny rekord. Det ble registrert markeringer over hele landet og ulike målgrupper som skoler, barnehager, bedrifter, organisasjoner i både privat og offentlig sektor. Markeringene varierte fra enkle stands og sosiale møteplasser til lansering av forskning, politiske demonstrasjoner og festivaler over flere uker med psykisk helse som tema. Det var en markant økning av store og koordinerte markeringer på tvers av sektorer og over tid, med kommuner, bedrifter, organisasjoner og studiesteder som arrangører.

I 2022 ble det bevilget 7,3 mill. kroner til Verdensdagen. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 7,5 mill. kroner i 2023.

Rådgivning om spiseforstyrrelser

Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) er en organisasjon for alle som er berørt av problematikkt rundt mat og kropp – for de som har eller har hatt en spiseforstyrrelse og for deres pårørende. Bevilgningen går til drift av ROS.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det i 2022 bevilget 7 mill. kroner i øremerket tilskudd til ROS. Det foreslås å avvikle tilskuddet til ROS fra og med 2023. Bevilgningen foreslås flyttet til den søkbare tilskuddsordningen til bruker- og pårørendearbeid innen psykisk helse-, rus- og voldsfeltet. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Post 72 Frivillig arbeid, hjelpetelefoner mv.

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

- 5,9 mill. kroner i redusert bevilgning for å ivareta andre prioriterte formål.
- 5 mill. kroner flyttet fra kap. 765, post 72 knyttet til avvikling av øremerket tilskudd til PRO Senteret og innlemming av bevilgningen i søknadsbasert ordning.

Formålet med bevilgningen er å bidra til at personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester, oppnår bedret livskvalitet, mestring og mulighet for aktiv og meningsfull tilværelse, gjennom å legge til rette for frivillige og ideelle organisasjoners arbeid for målgruppene.

Bevilgningen omfatter institusjonsbaserte tilbud, aktivitetstilbud samt informasjons-, veilednings- og støttetilbud til personer i vanskelige livssituasjoner og deres pårørende, gjennom hjelpetelefoner og ulike digitale hjelpeverktøy.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsket en bedre oppfølging av resultat og effekt av tilskuddordningene på området. På bakgrunn av behov for mer kunnskap, samt anbefalinger fra evalueringen av grunntilskudd- og aktivitetstilskuddsordningen (Deloitte 2020), fikk Helsedirektoratet i 2021 i oppdrag av å foreta en full gjennomgang av disse tilskuddsordningene og utarbeide nye regelverk. Gjennomgangen omfattet bl.a. formål, ønsket effekt og kriterier for måloppnåelse, rapporteringskrav mv. Nye regelverk ble gjeldende fra 2022 og det forventes med det bedre kunnskap om resultat og effekt av ordningene.

Grunntilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver institusjonsbaserte tilbud for personer med rusmiddelproblemer mv.

Formålet med ordningen er å bidra til at personer med rusmiddelproblemer, eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester, oppnår bedret livskvalitet, mestring og mulighet for aktiv og meningsfull tilværelse, gjennom å yte grunntilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver institusjonsbaserte døgn- og dagtilbud.

Ordningen er en del av samfunnets samlede innsats overfor målgruppen og skal bidra til mangfold og kvalitet i institusjonsbaserte dag- og døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten.

Kommunene har etter helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å tilby plass i institusjon ved behov. Dette gjelder også pasienter og brukere med rusmiddelproblematikk. Kommunene har imidlertid ikke plikt til selv å drifte døgntilbud til målgruppen, men rapporterer heller ikke på kjøp av plasser fra private tilbydere. Rapportering på tilskuddordningen over tid har imidlertid vist at kommunene liten grad inngår avtaler om kjøp av plasser av plasser med virksomheter som mottar tilskudd over ordningen. Virksomhetene er med det helt avhengig av statlige tilskudd for drift.

Mangel på formalisert samarbeid med kommunene bidrar til at tilbudene ikke umiddelbart fremstår som del av en helhetlig og sammenhengende rehabiliteringskjede. Det foreligger ikke en samlet oversikt over antall personer som mottar institusjonsbasert tilbud som dekkes av ordningen. Det foreligger heller ikke systematisk kunnskap om kvalitet, brukernes tilfredshet med eller effekt av tilbudene.

I 2021 mottok Helsedirektoratet 24 søknader om tilskudd på til sammen 212,2 mill. kroner og det ble utbetalt 156,6 mill. kroner til institusjonsbaserte tilbud fordelt på 15 mottagere. Øremerkinger over posten har over tid bundet opp store deler av bevilgningen og det har ikke vært mulig å tildele tilskudd til nye søkere.

Utover at ordningen bidrar til et visst mangfold vurderes den samlede måloppnåelse for ordningen for 2021 som middels god.

Regjeringen vil vurdere behovet for, og eventuell innretning og finansiering av, heldøgns omsorgs- og rehabiliteringstilbud utenfor spesialisthelsetjenesten i stortingsmeldingen om en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, se egen omtale i innledningen til kap. 765.

Bevilgningen til formålet sees i sammenheng med tilskuddsordningen til ideelle og frivillige som driver aktivitetstilbud for målgruppene (Aktivitetstilskuddet). Se nærmere om den samlede bevilgningen for 2023 under omtalen av Aktivitetstilskuddet.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud innen psykisk helse- og rusfeltet mv.

Formålet med ordningen er å bidra til personer med rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer eller med erfaring fra salg og bytte av seksuelle tjenester, deltagelse i aktiviteter med sikte på bedret livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse. Tilskudd gis til frivillige og ideelle virksomheter som driver aktivitetstilbud for målgruppene.

Ordningen er en del av samfunnets samlede innsats overfor målgruppen og skal bidra til mangfold og kvalitet i aktivitetstilbud i regi av frivillige og ideelle aktører over hele landet.

I 2021 mottok Helsedirektoratet 247 søknader med en samlet søknadssum på 552 mill. kroner og det ble utbetalt 276 mill. kroner til ulike aktivitetstilbud i 2021.

Tilskuddene bidrar til et mangfoldig tilbud om fysisk aktivitet, hvor gatefotball er den største. Andre sosiale aktiviteter og væresteder, der flere også omfatter arbeidskvalifiserende tiltak, er en annen stor gruppe tilskuddsmottagere. Hovedtyngden av tiltak befinner seg i de store byene og det er færre tilskuddsmottagere nord i landet. Det er få søkere som vektlegger aktivitet og oppfølging av personer med erfaring av salg og bytte av seksuelle tjenester.

Det foreligger ikke en samlet oversikt over antall personer som deltar i tilskuddsfinansierte

aktivitetstilbud, og det foreligger heller ikke systematisk kunnskap om kvalitet, brukernes tilfredshet eller nytteverdi av tilbudene. Det foreligger i liten grad konkret samarbeid med kommunene om utvikling og etablering av tilbudene, og selv om det forekommer relativt store innslag av frivillig innsats og støtte fra lokalt næringsliv mv, er tilskuddsmottagere helt avhengig av statlig tilskudd for drift. Den samlede måloppnåelsen vurderes som middels god.

Bl.a. Brukerplanrapportene viser at personer med rusproblematikk i mindre grad deltar i fysiske, sosiale, arbeidsrettete og andre meningsfulle aktiviteter enn andre grupper i samfunnet. Dette kan bidra til ytterligere marginalisering og eksklusjon fra resten av samfunnet. Det er behov for en systematisk tilnærming til aktivitetstilbud til målgruppene. Regjeringen vil derfor vurdere på hvilken måte aktivitetstilskuddet i skal inngå i den kommende Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet og Opptappingsplan psykisk helse.

Øremerkinger over posten har over tid bundet opp store deler av bevilgningen og for i noen grad kunne tildele midler til nye søkere er det nødvendig med streng prioritering samt å avkorte tilskuddsbeløp til virksomheter som allerede er etablert i ordningen. Av den samlede bevilgningen til Grunntilskuddet og Aktivitetstilskuddet i 2021 ble 162,3 mill. kroner tildelt 12 øremerkede mottagere.

Bevilgningen til formålet ses i sammenheng med Grunntilskuddet og i 2022 ble det bevilget til sammen 219,5 mill. kroner til formålene.

Det foreslås å innlemme 200,9 mill. kroner fra avviklingen av øremerkede tilskuddsmottagere i den søknadsbaserte ordningen i 2023.

Det foreslås å bevilge om lag 440 mill. kroner til tilskuddsordningene Grunntilskudd og Aktivitetstilskudd i 2023.

Øvrige tilskuddsmottagere

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det i 2022 bevilget om lag 201 mill. kroner i øremerket tilskudd til særskilte tilskuddsmottagere. Bevilgningen ble i 2022 fordelt på følgende tilskuddsmottagere

- Blå Kors recovery 1,6 mill. kroner
- Fjordhagen drift AS 2,2 mill. kroner
- Fotballstiftelsen 18 mill. kroner
- Frelsesarmeen Gatehospital i Bergen 30,6 mill. kroner

- Frelsesarmeen Gatehospital i Oslo 50 mill. kroner
- Frelsesarmeens rusomsorg 2 mill. kroner
- Idretten skaper sjanser 12 mill. kroner
- IOGT Sammen om nøden 6,6 mill. kroner
- No Limitation AS 6,5 mill. kroner
- PitStop Norge 3 mill. kroner
- Stiftelsen Evangeliesenteret 35,7 mill. kroner
- Stiftelsen Karmsund ABR 1,5 mill. kroner
- Stiftelsen Kraft 3,3 mill. kroner
- Stiftelsen P22 23,6 mill. kroner
- Stiftelsen Retretten 4,3 mill. kroner

På bakgrunn av at Stiftelsen Kraft har skilt ut den delen av virksomheten som anses som en bruker- og pårørendeorganisasjon, ble den delen av tilskuddet som var øremerket til formålet, overført fra Stiftelsen Kraft til organisasjonen Det hjelper, i 2022.

Det foreslås å avvikle tilskuddet til særskilte tilskuddsmottagere fra og med 2023. Bevilgningen foreslås flyttet til den felles bevilgningen til de søkbare tilskuddsordningene til ideelle og frivillige organisasjoner som driver institusjons- eller aktivitetstilbud. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Livslosen

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2021, ble det i Innst. 11 S (2020–2021) vedtatt å bevilge 10 mill. kroner til Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenbergs pilotprosjekt Livslosen. Livslosen er et lavterskeltilbud for personer med selvmordstanker og omfatter et kortvarig botilbud på inntil fem døgn, samtaler og kontakt med hjelpeinstanser og evt. frivillige organisasjoner.

I oppstartsåret 2021 ble det foretatt juridiske utredninger knyttet til prosjektet. Det ble rekruttert ledere, medarbeidere og frivillige, og det ble gitt opplæring. Det ble delt informasjon om tilbudet og etablert kontakt med andre hjelpetelefoner, organisasjoner og Maytree, som er et lignende tilbud i London. Det ble tatt imot enkelte gjester, og det ble planlagt for å øke antallet i 2022.

Måloppnåelsen vurderes å være middels.

I 2022 ble det bevilget 10 mill. kroner til pilotprosjektet Livslosen.

Det øremerkede tilskuddet foreslås avviklet, og bevilgningen foreslås innlemmet i den søknadsbaserte ordningen med tilskudd til hjelpetelefoner, digitale hjelpeverktøy mv. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, område-

gjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Tilskudd til hjelpetelefoner, digitale hjelpeverktøy mv.

Formålet med bevilgningen er å sikre informasjons-, veilednings- og støttetilbud til personer i vanskelige livssituasjoner og deres pårørende.

Kirkens SOS er en krisetjeneste med telefon-tjeneste, i tillegg til SOS-chat og SOS-meldinger. Krisetelefonen er døgnåpen hele året. Tjenesten drives av frivillige som får 40 timer opplæring. Det gjennomføres fagsamlinger hver 14. dag, samt fordypningskurs. I 2021 besvarte Kirkens SOS til sammen 172 169 henvendelser. Dette er en oppgang på om lag 5 pst. fra 2020. I 2021 ble det også etablerte en egen fagenhet som arbeider med faglig oppdatering og kvalitetssikring av aktiviteter. I 2022 ble det bevilget 27,8 mill. kroner til drift av Kirkens SOS.

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. Mental helse drifter også Arbeidslivstelefonen. Både telefon og chat er døgnbemannet. Tjenestene er tilgjengelige på norsk og engelsk. Ansatte må gjennom obligatorisk opplæring etter fastsatt plan. Opplæring inkluderer kurs i førstehjelp ved selvmordsfare, og ansatte er pålagt veiledning med psykologspesialist om lag hver annen måned. I 2021 var antallet henvendelser under tjenestene som finansieres via dette tilskuddet 110 179. I 2022 ble det bevilget 27,5 mill. kroner til drift av Mental Helses hjelpetelefon.

Blå Kors SnakkOmMobbing.no er en anonym, nasjonal chattetjeneste og nettside. 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. Snakkommobbing driver systematisk internt kvalitets- og kompetansehevingsarbeid og samarbeider bl.a. med RVTS Sør.

Antall henvendelser i 2021 var 4 190, hvorav 80 pst. ble besvart. I 2021 ble åpningstiden for chatten noe utvidet. Videre organiserte tjenesten i 2021 et webinar for 42 elev- og mobbekontakter. I 2022 ble det bevilget 3,5 mill. kroner til drift av Blå kors' Snakkommobbing.no.

Vern for eldre er en nasjonal kontakttelefon driftet av Helseetaten i Oslo kommune. Kontakttelefonen gir støtte, informasjon, råd og veiledning til voldsutsatte eldre, 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. Telefonen mottok 173 henvendelser i 2021, en økning fra 137 henvendelser i 2020. 75 pst. av henvendelsene gjelder kvinner. I 2022 ble det bevilget 1,2 mill. kroner til drift av kontakttelefonen.

City Changers er et samtaletilbud for barn og unge i Kristiansand. Tilbudet fusjonerte i 2020 med Blå kors. Det ble bevilget 1 mill. kroner til formålet i 2022. Tilskuddet til City Changers foreslås avvirket i 2023.

Det foreslås å avvikle disse øremerkingene og å redusere bevilgningen på ordningen med 1 mill. kroner, knyttet til avviklingen av tilskudd til City Changers. De resterende midlene foreslås innlemmet i en ny søknadsbasert tilskuddsordning som skal bidra til informasjons-, veilednings- og støttetilbud til personer i krevende livssituasjoner og deres pårørende, og sikre faktainformasjon om rus og rusmidler til befolkningen, jf. omtale under kap. 714, post 70. Samlet foreslås det om lag 72 mill. kroner til dette formålet i 2023.

Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Post 73 Utviklingstiltak mv.

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

- 8,9 mill. kroner i redusert bevilgning for å ivareta andre prioriterte formål.
- 2,8 mill. kroner flyttes fra kap. 765, post 73 til kap. 765, post 71 knyttet til en samling av tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendeorganisasjoner.

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.

Forandringsfabrikken

I 2022 ble det bevilget 7,3 mill. kroner til Forandringsfabrikken. Det foreslås å avvikle det øremerkede tilskuddet til Forandringsfabrikken i 2023. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Stimuleringsiltak for psykologer

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Dobbelkompetanse i psykologi har som mål å bedre tilgangen på kompetente søkere til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helse- og omsorgstjenesten, som krever eller har behov for dobbelkompetanse. Med dobbelkompetanse menes dokumentert forskningskompetanse (avlagt doktorgrad) og spesialistkompetanse (godkjent psykologspesialist gjennom Norsk Psykologforening).

I 2022 ble det bevilget 0,4 mill. kroner til formålet. Det foreslås å avvikle tilskuddet i 2023.

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 2022 ble det bevilget 1,6 mill. kroner til formålet. Det foreslås å avvikle det øremerkede tilskuddet til Modum bad i 2023. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Institutter og foreninger

Tilskuddsordningen har som formål å bidra til økt kompetanse i psykisk helse. Tilskuddsordningen retter seg mot institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse, og er nedfelt i forskrift om tilskudd til institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse. Instituttene og foreningene tilbyr i stor grad videreutdanning som ledd i spesialistutdanninger, særlig for leger og psykologer.

Det ble i 2022 bevilget 29,4 mill. kroner til institutter og foreninger som driver etter- og videreutdanning innen psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført med 30,2 mill. kroner i 2023. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2025, se nærmere omtale i kap. 761, post 21.

Arbeid og psykisk helse

Formålet med bevilgningen er å bidra til at mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, komme i ordinært lønnet arbeid og beholde tilknytningen til arbeidslivet. Det er et mål at arbeidsdeltakelse inkluderes som et ledd i utredning og behandling av personer med moderate til alvorlige psy-

kiske lidelser og rusmiddelproblemer som ønsker deltakelse i arbeidslivet. Tilknytningen til arbeidslivet er for mange både en viktig faktor i bedringsprosessen og en beskyttende faktor for sykdomsutvikling. Et tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og Arbeids- og velferdsetaten er viktig for å lykkes med dette målet. Se også omtale under kap. 781, post 21, og i Prop. 1 (2021–2022) Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Tilskuddsordningen på posten skal gi støtte til implementering av de kunnskapsbaserte arbeidsrehabiliteringsmetodene Individuell jobbstøtte (IPS) og Jobbmestrende oppfølging (JMO).

Det ble innvilget tilskuddsmidler til 56 virksomheter i 2021, og dette omfatter en delfinansiering av totalt 128,5 stillinger. Aktiviteten var også i 2021 i preget av koronasituasjonen, med en reduksjon i tilbud og resultater sammenlignet med 2019. Ingen av virksomhetene tilbyr kun JMO, mens tre virksomheter tilbyr en kombinasjon av IPS og JMO – betegnet som IPS+. Fire av de 56 virksomhetene har utsatt oppstart til januar 2022.

I 2021 har 48 virksomheter gitt et tilbud til 1644 deltakere/pasienter. 24,9 pst. av det totale antall deltakere er kommet i ordinært, lønnet arbeid, mot 27,5 pst. i 2020 og 34 pst. i 2019. 7,5 pst. av deltakerne har startet opp utdanning i 2021. Dette er en økning fra 5,8 pst. i 2020. Gjennomsnittlig ventetid var på 26 dager for et IPS-tilbud fra henvisning til oppstart, men variasjonen er stor blant de ulike virksomhetene som gir tilbud.

Andelen av personer med psykoselidelse utgjør 24,8 pst. av det totale deltakerantallet, mot 20,0 pst. i 2020 og 16,0 pst. i 2019. Av disse er til sammen 28,7 pst. avsluttet til ordinært, lønnet arbeid eller har startet opp utdanning. Personer med et rusmiddelproblem utgjør 28,8 pst. av det totale deltakerantallet, sammenlignet med 34 pst. i 2020 og 23 pst. i 2019. I 2021 er til sammen 28,1 pst. av personer med rusmiddelproblemer avsluttet/utskrevet til ordinært, lønnet arbeid eller har startet opp utdanning.

Samarbeidet og kontakten med arbeidsgivere er stor, selv om koronasituasjonen har begrenset aktiviteten. Rapporteringen viser at antall arbeidsgivere som virksomhetene totalt har samarbeid med er 4 521. Digitale møtearenaer er også blitt tatt i bruk overfor arbeidsgivere, og vurdert som et viktig verktøy under koronarestriksjonene.

I samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet er det avklart at det i det videre bør være slik at jobbspesialister i IPS og JMO har sitt arbeidssted i NAV. Med bakgrunn i det foreslås det at tilskuddet legges om. Tilskuddsmottakere

som allerede mottar tilskudd i tråd med gjeldende forskrift, bør få fortsette ut tilskuddsperioden. De øvrige midlene foreslås benyttet til å finansiere IPS-veiledere i helse- og omsorgstjenestene, sikre videre utvikling av kurs, e-læringsmoduler og datainnsamling, styrking av implementeringsarbeid og finansiering av jobbspesialister i etablerte ACT, FACT- og FACT ung-team.

I 2022 ble det bevilget 44 mill. kroner til arbeid og helse. Bevilgningen foreslås videreført med 45,2 mill. kroner i 2023.

Kunnskapsbaserte mestringskurs

Formålet med bevilgningen er å bidra til at ansatte i helsetjenesten og i Nav har kompetanse til å tilby forebyggende og behandlende tiltak i form av mestringskurs. Tjenester i helse- og omsorgssektoren og tiltak i arbeids- og velferdsforvaltningen, skal støtte opp under mer arbeidsrettede løp for den enkelte, med sikte på at de som ønsker og kan skal kunne nyttiggjøre seg sin arbeidsevne. Bevilgningen skal videre forhindre at unge med psykiske helseproblemer faller ut av utdanning.

De siste årene er det de to samme søkerne som har mottatt tilskudd via denne ordningen, Brorson og Sande og Fagakademiet. Begge tilbyr opplæring i mestringskurs over hele landet. I 2021 var det bevilget ekstra midler for å kunne tilby studentsamskipnaden opplæring i mestringskurs. På grunn av pandemien var det bare den ene tilskuddsmottakeren som fikk gjennomført alle planlagte kurs. Mottakeren som ikke lyktes med å gjennomføre kurs for studentsamskipnaden i 2021, har søkt om overføring av midlene for å gjennomføre disse kursene i 2022.

I 2022 ble det bevilget 3,4 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført med 3,5 mill. kroner i 2023.

Fontenehus

Formålet med bevilgningen er å bidra til at flere personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer skal delta i arbeidsrettede aktiviteter og komme i ordinært arbeid. Bevilgningen skal 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 grunnleggende menneskelige behov for å bli sett, hørt, være nyttig, mestre og tilhøre et fellesskap. I fontenehusene finner mennesker med psykiske helseutfor-

dringer støtte på veien til lønnet arbeid, studier og til å ta tilbake kontroll i eget liv.

I 2021 åpnet tre nye fontenehus, slik at det totalt var 20 åpne fontenehus i Norge i 2021. Fontenehusene har i større eller mindre grad måttet forholde seg til smittevernrestriksjoner også i 2021. I mange deler av landet har fontenehusene måttet holde stengt, eller ha begrensning på antall tilstedeværende. Flere steder har det vært igangsatt initiativ for aktiviteter ute, eller digitale møteplasser. Restriksjonene har gjort det utfordrende å ha omvisninger for nye medlemmer og å legge til rette for ordinær aktivitet. Likevel har de fleste fontenehusene stabile tall, eller økning i antall medlemmer. Det har vært noe mer krevende med møter med samarbeidspartnere som f.eks. NAV eller OA-bedrifter. Det har også vært krevende å få gjennomført treninger og akkrediteringer.

Trivselsundersøkelsen ved fontenehusene fra 2020 viser bl.a. at 70 pst. av brukerne var helt eller delvis enig i at fontenehuset hadde påvirket deres helse på en positiv måte. 65 pst. var helt eller delvis enig i at fontenehuset har gitt dem et større sosialt nettverk og større tro på seg selv og sine ressurser. 50 pst. mente at deltakelse på fontenehuset har gitt dem større tro på å komme tilbake ut i jobb.

I 2021 fikk Fontenehus Norge videreført midler fra Helsedirektoratet til en kjennskapskampanje. De har benyttet produsert materiale til en nasjonal kampanje der alle fontenehusene var delaktig i deling av filmer i sosiale medier, det er også brukt til informasjonsmøter og stand. Videre fikk Fontenehus Norge innvilget tilskudd til tre prosjekter, her ble tilskuddene i hovedsak overført til 2022 fordi de ble innvilget sent på året.

I 2022 ble det bevilget 60 mill. kroner til fontenehusene og Fontenehus Norge. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 61,7 mill. kroner i 2023.

Seksuelle minoriteter

Det øremerkede tilskuddet til Skeiv ungdom og FRI foreslås avvirket, og bevilgningen foreslås innlemmet i den søknadsbaserte ordningen med tilskudd til nasjonale bruker- og pårørendetiltak på kap. 765, post 71. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen

av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Post 74 Kompetansesentre

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

- 4 mill. kroner flyttet fra kap. 765, post 21, til kap. 765, post 74, knyttet til utvikling og implementering av FACT ung til Nasjonalt kompetansesentre for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA)

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.

Omlegging av forskningsfinansiering for forsknings- og kompetansesentre innenfor psykisk helse, rus og vold

Departementet har tidligere varslet at det vil innføres indikatorer for sentre som har forskning som hovedoppgave og øvrige kompetansesentre som driver forskning som en del av sin virksomhet, samt at en liten andel av forskningsmidlene vil omfordes innenfor rammen basert på sentrenes forskningsindikatorer. I 2022 ble det innført resultatbasert finansiering for om lag 2 pst. av grunntilskuddet. Helsedirektoratet foretar omfordelingen av 2 pst. av tilskuddsmidlene basert på beregnede forskningspoeng for sentrene som mottar tilskudd over kap. 765, post 74 og post 75. Se nærmere omtale under programkategori 10.70 Tannhelsetjenester.

Tabellen under viser gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre innenfor psykisk helse-, rus og voldsfeltet inkludert i omleggingen for 2019–2021. Forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd.

Tabell 4.15 Forskningspoeng (2021) og prosentandel av forskningspoeng (2019–2021)

	Forskningspoeng	Prosent 2019–2021
Kap. 765 Psykisk helse, rus og vold		
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	74,42	30,82
Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør	31,51	15,22
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i vest	33,68	14,02
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i Midt-Norge	61,25	18,41
Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og -forebygging	18,08	7,19
Regionalt kunnskapssenter for barn og unge i nord	40,49	14,35
Totalt	259,43	100 %

I 2021 ble det produsert 259 forskningspoeng i sentrene, hvilket er 86 pst. mer enn for sentrene på kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 783 Personell, og 285 pst. mer enn for sentrene på kap. 770 Tannhelsetjenester. Sammenlignet med i fjor (224 forskningspoeng) har sentrene på kap. 765 Psykisk helse, rus og vold produsert økt produksjonen av forskningspoeng med 16 pst. (og 10 pst. mer enn i 2019). Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene innenfor Psykisk helse, rus og vold er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse skal være en brobygger i møtet mellom bruker- og pårørendeerfaringer og fagkompetanse innen psykisk helsefeltet ved å samle, systematisere og formidle brukeres og pårørendes erfaringsbaserte kunnskap. Gjennom å produsere kunnskap som trekker veksler på både bruker- og pårørendeerfaringer og fagkompetanse, skal senteret avdekke kunnskapsmangler og åpne for at kunnskapen på feltet kan sees i sammenheng med et brukerperspektiv. Bevilgningen går til drift av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Senteret har i 2021 foretatt en rekke formidlingsoppgaver. Toppmøtet med tittel Hvordan forstås vi psykiske lidelser ble arrangert som digital temadag med 250 deltakere, 1 143 så møtet i etterkant. Senteret har utgitt fagessayet Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform. Antologien Kritiske perspektiver på brukermedvirkning ble ferdigstilt. Senteret har arrangert webinarer, det er gitt ulike presentasjoner og det er gitt undervis-

ning til bl.a. ansatte i NAV. En litteraturgjennomgang om hvilke tiltak som kan forebygge bruk av tvang i helsevesenet ble påbegynt, og det er undersøkt om man ser tegn til en praksis som i økende grad integrerer brukeres og pårørendes erfaringsbaserte kunnskap i behandling og tjenestetutvikling.

Det ble i 2021 foretatt evaluering av senteret som viser behov for revidering av regelverket i form av tydeliggjøring av målgruppe, oppgaver og rolle. Evalueringen ligger til grunn for videre arbeid med tilskuddsordningen.

I 2022 ble det bevilget 12,3 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 12,5 mill. kroner i 2022.

De regionale kompetansesentrene på rusfeltet

De syv regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korus) skal bidra til å styrke kunnskapen og kompetansen på rusfeltet og bidra til å oppfylle nasjonale mål på området i den enkelte region.

Sentrene retter seg både mot kommunale og statlige tjenester, men har et særlig ansvar for kompetansehevetiltak i kommunene. Sentrene står for opplæring, gjennomføring og oppfølging av kommunenes arbeid med brukerplankartleggingene og annet standardisert kartleggings- og oversiktsarbeid som Ungdata og Ungdata junior.

Sentrene har viktige oppgaver i arbeidet med å styrke kommunenes systematiske arbeid med folkehelse og rusmiddelforebygging gjennom formidling og implementering av forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier og tiltak, se også omtale under kap. 714, post 70.

Korus har videreført aktivitet i arbeidet med Bedre Tverrfaglig Samarbeid (BTS) og sentrenes arbeid med 0–24-samarbeidet har i 2021 vært

kanalisert gjennom innsatser knyttet til forebygging i skolen, oppsøkende tjenester for utsatt ungdom, samt systematisk arbeid med BTI/BTS mv.

Korus Midt har i samarbeid med RVTS Midt koordinert og ledet arbeidet med å utvikle kunnskapsmoduler på området rus og vold. I 2021 ble seks kunnskapsmoduler lansert på nettsiden www.rusogvold.no, og det ble arbeidet med implementering av disse.

I 2022 ble det bevilget 2,5 mill. kroner til implementering fordelt på de fem regionene. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til dette formålet i 2023.

Sentrene lykkes godt i det praksisnære og langsiktige arbeidet ut mot kommunene og rapporteringer over flere år viser at kommunene er svært fornøyde med samarbeidet med senterne. IS-24/8 rapporten for 2021 (Sintef) viser at 91 pst. av kommunene som deltok i kartleggingen har hatt kontakt med et av sentrene og halvparten av kommunene hadde konkret samarbeid med et Korus.

Også 2021 var sentrenes virksomhet preget av pandemien, og mye aktivitet er gjennomført digitalt. Digitale løsninger har i større grad tilrettelagt for skreddersydd undervisning, veiledning og oppfølging også for enkeltkommuner. For deler av målgruppen har sentrene med det blitt mer tilgjengelig.

Sentrenes breddekompetanse og nedslagsfelt setter sentrene i en unik posisjon for å kunne understøtte regjeringens satsinger og mål for rusfeltet. Sentrene fikk i 2022 i oppgaver å bistå under etablering av rådgivende enheter for rusaker i kommunene. I 2023 vil sentrene få oppgaver i tilknytning til forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, særlig i forbindelse med utvikling av nasjonalt program for rusforebyggende arbeid, se omtale under kap. 765, post 21 og kap. 714, post 70.

Det er behov for å legge til rette for økt aktivitet i sentrene knyttet til utviklingsoppgaver som det forventes at kommunene skal gjennomføre på rusfeltet.

I 2022 ble det bevilget 90,3 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre bevilgningen til de regionale kompetansesentrene på rusfeltet med 92,1 mill. kroner i 2023. I tillegg foreslås det bevilget 38 mill. kroner til sentrenes forebyggende arbeid over kap. 714, post 70.

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. Tilbudet skal utvikles i partnerskap med tjenestene og brukerne.

I Sintefs rapport Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021, framkommer det at 66 pst. av kommuner og bydeler har vært i kontakt med/brukt RKBU/RBUP i 2021. Det er en liten nedgang siden 2020. Kommunene er i all hovedsak fornøyd eller svært fornøyd med kontakten med RKBU/RBUP.

Sentrene har de siste årene i økende grad prioritert tjenestestøtte i form av langsiktig kompetansehevingstiltak og veiledning i kombinasjon med støtte til implementering. En stor andel av sentrenes arbeid er rettet mot de kommunale tjenestene innenfor psykisk helse og barnevern. I tillegg har sentrene gjennom sitt bidrag i folkehelsearbeidet rettet sitt arbeid mot barnehager og skoler. Måloppnåelsen for sentrene vurderes å være høy.

Alle sentrene driver med forskning, undervisning, tjenestestøtte og informasjonsarbeid på områder innen fagfeltet psykisk helse og barnevern. De fire RKBU/RBUP har et tett samarbeid. I 2021 har sentrene, i tråd med tilskuddsbrevet, samarbeidet om implementeringsstøtte til kommuner knyttet til program for folkehelse, kunnskapsverktøy og nettbasert formidling. I samarbeidet mellom sentrene inngår også bl.a. nasjonale satsningsområder som sped- og småbarnsarbeidet, De Utrolige Årene og helsesatsingen i barnevernet. Det rapporteres om godt samarbeid mellom forskere ved sentrene og andre forskningsmiljøer i produksjon av kunnskapsoppsummeringer til de nett-baserte ressursene Psyk-TestBarn og Ungsinn. En viktig aktivitet ved RKBU/RBUP er å bidra til oppsummering av kunnskap innen sentrenes fagområder, noe som gjøres gjennom bl.a. nevnte kunnskapsverktøy.

Sentrene startet i 2021 et omfattende samarbeid med å utvikle en felles nettbasert plattform. Lansering av felles portal vil skje i løpet av 2022. I 2021 ble det etablert en arbeidsgruppe om temaet mobbing hvor alle sentrene skal samarbeide framover. Målet er å utvikle en strategi for samarbeid og mer aktivitet på dette fagområdet i 2022.

Sentrenes forskning spenner bredt og studier reflekterer regionale interesser og behov. Sentrene er også involvert i nasjonale og internasjonale studier med en rekke samarbeidspartnere.

RKBU/RBUP har ansvar for å drifte regionale tverrfaglige nettverk innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Øvrige kompetansesentre og statsforvalteren bidrar inn i arbeidet.

Flere aktiviteter ved sentrene bidrar til å implementere ulike deler av opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse og til kunnskapsformidling og kompetansebygging om psykisk helse hos barn og unge.

Der det er aktuelt har sentrene særlig fokus på minoritetsgrupper i regionene og eventuelle forsknings/informasjons-svake fagområder knyttet til minoritetsgruppene.

I 2022 ble det bevilget totalt 182,7 mill. kroner til regionsentrene og sped- og småbarnsnettverket. I 2023 foreslås det å videreføre bevilgningen med 187 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 skal bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i det psykiske helsearbeidet i kommunene slik at mennesker med psykiske lidelser og problemer skal få hjelp og behandling fra kunnskapsbaserte og godt koordinerte tjenester der de bor. 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. Det samarbeides bl.a. om drift av nettverk, konferanser og fagdager på ulike temaer. Rollen som nasjonalt senter i samarbeid med alle regionale sentre og alle statsforvalterembetene gir muligheter for å se fagfeltet i sammenheng. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helse- og rusfeltet.

I 2021 har NAPHA prioritert tjenesteutvikling, som er senterets hovedoppgave. Senteret rapporterer at behovet for aktivt implementeringsarbeid er stort. I 2021 ble en ny avdeling for psykisk helsearbeid opprettet ved NTNU Samfunnsforskning. Avdelingen skal bidra til forskning som understøtter NAPHAs samfunnsoppdrag.

Videre har arbeidet med ACT, FACT og FACT ung-team vært sentralt. I 2021 hadde NAPHA

hovedansvar for planleggingen og utvikling av satsingen på FACT ung. Ansatte fra senteret ledet og deltok i arbeidsgruppen for utredning av FACT ung som ble levert mai 2021 og har ledet arbeidet med implementeringsstøtte. I 2021 har NAPHA gjennomført opplæring, hatt ansvar for og deltatt i nettverk, fulgt opp mange kommuner og team, og drevet formidlingsaktivitet om ACT/FACT.

NAPHA har i 2021 bistått Helsedirektoratet med å gradvis legge om tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp (RPH) til implementerings- og utdanningsstøtte. Det ble bevilget 4. mill. kroner til NAPHA øremerket implementering og bistand til kommuner om etablering av RPH i 2021. NAPHA følger opp de enkelte RPH-team, skaper arenaer for læring og felles kunnskap- og erfaringsdeling mellom teamene. NAPHA har arrangert samlinger, vært i direkte kontakt med mange kommuner og team, arbeidet med håndbok, gjennomført undersøkelse, og drevet ulike former for formidlingsaktivitet om RPH. Arbeidet med RPH var en av senterets største aktiviteter i 2021.

NAPHA har i 2021 satset på boligsosialt arbeid. Senteret lanserte et temahefte og arrangerte en konferanse om dette temaet. Boligsosialt arbeid har også blitt løftet på NAPHA sine hjemmesider. Videre er arbeid med brukermedvirkning en langsiktig satsing ved senteret og de har i mange år fremmet recoveryperspektivet. Å imøtekomme manglende bruker- og pårørende-medvirkning på systemnivå har vært særlig prioritert aktivitet ved senteret de siste årene, også i 2021.

Statsforvalterne er sentrale samarbeidspartnere for NAPHA. NAPHA har i 2021 særlig samarbeidet med statsforvalteren om nettverk for ACT og FACT-team, samhandling og pakkeforløp, tilbakemeldingsverktøy og brukermedvirkning. NAPHA har som mål at alt av senterets arbeid skal bygge på brukerkunnskap og brukererfaringer.

NAPHA har i 2021 vært arrangør eller medarrangør på over 90 større arrangement. Dette er nesten en dobling fra tidligere år. Digitale løsninger har gjort at senteret når hele landet gjennom arrangementene.

I Sintefs rapport Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021 framkommer det at 76 pst. av kommunene har vært i kontakt med NAPHA i 2021. 96 pst. av kommunene rapporterer at de er fornøyde/svært fornøyde med kontakten med NAPHA. Måloppnåelsen for senteret vurderes å være høy.

Det ble bevilget 30,5 mill. kroner til formålet i 2022. Det foreslås å styrke bevilgningen med 4 mill. kroner knyttet til utvikling og implementering av FACT ung. Samlet foreslås det bevilget 35 mill. kroner i 2022.

Pro Senteret

Pro Senteret er Oslo kommunes tjenestetilbud til personer som har erfaring med å bytte eller selge sex. Tjenestetilbudet baseres på prinsippene selvbestemmelse, brukermedvirkning, forebygging og skadereduksjon. Tilbudet inkluderer individuell oppfølging av personer med prostitusjonserfaring, herunder ofre/antatte ofre for menneskehandel, oppsøkende virksomhet på arenaer hvor salg av sex forekommer, helseklinikk og lavterskel dropin-tilbud. Helseklinikken gir gratis helsehjelp til personer som selger eller har solgt sex.

Formålet med bevilgningen er bl.a. å styrke kunnskap på området gjennom tilskudd til Pro Senteret for oppfølging av og tjenestetilbud til personer med prostitusjonserfaring og ofre/mulige ofre for menneskehandel.

Det ble bevilget 5 mill. kroner til Pro Senteret i 2022. Det foreslås å bevilge 2,5 mill. kroner over denne posten til Pro Senteret i 2023. Departementet tar sikte på å komme tilbake med en flytting av 2,5 mill. kroner til senteret i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett slik at samlet bevilgning blir 5 mill. kroner også i 2023.

Post 75 Vold og traumatisk stress

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

- 9 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til videre utprøving og forskning på traumebehandling i kommunen.
- 2,5 mill. kroner flyttet fra kap. 765, post 21 knyttet til endring av rammeavtale for psykososial beredskap og rådgivning.
- 1 mill. kroner flyttet fra kap. 765, post 21 knyttet til utvikling og implementering av FACT ung til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA).
- 1 mill. kroner flyttet fra kap. 765, post 21 knyttet til utvikling av lavterskeltilbud for mennesker med skadelig seksuell atferd.
- 5 mill. kroner flyttet til kap. 765, post 72, knyttet til avvikling av øremerket tilskudd til PRO Senteret og innlemming av midlene i søknadsbasert ordning.

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 volds- og traumeutsatte. Tiltak for å styrke kompetansen og tilbudet overfor voldsutøvere inngår også i bevilgningen. Posten omfatter videre 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 og 74, der det ytes tilskudd til flere utrednings- og kompetansetiltak innen vold- og traumefeltet.

Opptappingsplan mot vold og overgrep

Prop. 12 S (2016–2017) *Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)* ble vedtatt av Stortinget våren 2017. Tiltakene som har ligget under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde er ferdigstilt eller påbegynt og løpende.

I 2022 ble det bevilget 3,3 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 fylkeskommune, og tre kommuner er med i prosjektet. Et av målene er at vold og overgrep skal bli en tydelig og målrettet del av det systematiske folkehelsearbeidet. Alle tiltakene er nå del av kommunenes planer og styringsdokumenter for oppvekstsektoren og der det er relevant er tiltakene del av andre sektorplaner som f.eks. folkehelse og livsmestring i læreplanverk. Det utarbeides indikatorer for måling av trygge barn og trygge voksne som vil brukes inn i oversiktsarbeidet på folkehelse. Både tiltakene og indikatorene vil også inngå i arbeidet med implementering av ny barnevernslov. Det har videre blitt etablert en rekke regionale samarbeidsstrukturer mellom kommunene, fylkeskommunen og forsknings- og kompetansemiljøer. Det vises til omtale av folkehelseprogrammet under kap. 714, postene 21 og 60. Bevilgningen til folkehelseprogrammet over denne posten foreslås videreført i 2023 med 3,5 mill. kroner.

Opptappingsplanens tiltak om å utrede kunnskapsgrunnlag for behandling og utrede forløp for voldsutsatte og voldsutøvere har blitt gjennomført som et utviklingsprosjekt av NKVTS. I samarbeid med FHI har NKVTS publisert to rapporter fra utredningsprosjektet. Disse viser at kunnskapsgrunnlaget om effekten av behandling for personer som utøver digital vold og for personer utsatt for digital vold er svært mangelfulle. Det er også

lite kunnskap om effekten av behandling for personer som utøver seksuell vold i nære relasjoner. Veilederen for helsepersonells arbeid med vold ble oppdatert i 2021. Det har videre blitt gjennomført en utredning av oppfølgings- og samhandlingsforløp for voldsutsatte barn og omsorgsgivere gjennom utprøving av behandlingsmodellen trinnvis TF-CBT (Stepped-care TF-CBT) i kommunene. Målet er at kommunene skal få kompetanse til å tilby hjelp til flere utsatte barn, gi hjelp på et tidlig tidspunkt og at samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten skal bli bedre. Trinnvis TF-CBT prøves ut i ti kommuner med om lag 70-75 barn og deres omsorgspersoner. Det er gjennomført opplæring av terapeuter og rekruttering av foreldre og barn, kliniske intervjuer om erfaringer med behandlingen, og det utvikles en rapport med oppsummering av piloten og skisse til videreføring. Studier viser at trinnvis TF-CBT er effektiv i behandlingen av barn som utviser posttraumatiske stress-symptomer. Som ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse, foreslås bevilgningen i 2023 økt til 9 mill. kroner.

Det foreslås å flytte 6 mill. kroner slik at man samler tilskuddene til NKVTS som ikke er knyttet til konkrete implementeringsarbeider i senterets grunnbevilgning. Formålet er å bidra til forutsigbarhet, god oppgaveløsning og videre drift ved senteret.

Arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme

I 2020 ble det etablert en tverrfaglig ressurs- og veiledningsfunksjon på fagfeltet radikaliserings hos RVTS. Formålet er å styrke arbeidet mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Det ble i 2020 og i 2021 bevilget 0,9 mill. kroner til formålet. I 2022 ble det flyttet 4 mill. kroner fra Justis- og beredskapsdepartementets budsjett, kap. 433, post 60 til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, kap. 765, post 75, for å videreutvikle veilednings- og ressursfunksjonen. Funksjonen skal styrke systematisk forebyggende arbeid i kommunene gjennom etablering av arbeidsmetoder, nettverk på tvers av kommuner og lokale samarbeid som vil øke beredskapen på feltet. Det skal tilbys digital undervisning, tilrettelagt informasjon og deling av erfaringer, for å heve kompetansen på feltet i tjenesteapparatet nasjonalt og komme det forebyggende arbeidet til gode. Funksjonen kan også gi råd til privatpersoner om hvor de kan henvende seg lokalt med en bekymring. Videreutviklingen av veilednings- og ressursfunksjonen skal ses i sammenheng med øvrig innsats på temaområdet

hos de fem RVTS og understøtte samarbeidet sentrene imellom. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 4,1 mill. kroner i 2023.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

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 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), som ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. NKVTS er et frittstående og faglig uavhengig senter, finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og familiedepartementet.

Grunnbevilgningen skal dekke senterets arbeid med sentrale temaer som vold i nære relasjoner, katastrofer og stressmestring, veteraners helse, traumatiserte flyktninger, mindreårige asylsøkere, seksuelle og fysiske overgrep mot barn, kjønnslemlestelse, voldsutøvere og personer som begår overgrep, samt arbeid mot radikaliserings og voldelig ekstremisme. Grunnbevilgningen dekker også senterets oppgaver knyttet til helsemyndighetenes tiltak i flere tverrdepartementale handlings- og opptrappingsplaner.

Senteret har hatt høy måloppnåelse i 2021. Det ble publisert 61 nivå 1-artikler og 13 nivå 2-artikler, samt fire antologier på nivå 1 og to rapporter i senterets rapportserie. NKVTS sine nettsider, nyhetsbrev og sosiale medier er viktige kanaler for spredning av forskningsresultater, og har mange abonnenter og følgere. Også senterets veiledere om kjønnslemlestelse, utvikling av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner og om helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner er godt besøkte.

NKVTS deltok på og arrangerte færre konferanser enn normalt i 2021 på grunn av pandemien. Forskere ved senteret har undervist ved utdanningsinstitusjoner og veiledet PhD- og masterstudenter. Senteret deltok aktivt i ni forskningsnettverk nasjonalt og internasjonalt, flere med bred deltakelse også fra praksisfeltet, herunder nettverk om forskning på voldsutøvelse.

Senteret har videreført sitt arbeid med systematisering og formalisering av samarbeid med relevante aktører. Arbeid for styrket faglig og strategisk samarbeid mellom NKVTS og RVTSene sto sentralt i 2021.

NKVTS har i 2021 arbeidet med prosjektet Veteraners familier: Psykisk helse og hverdagsliv etter utenlandsoperasjoner. I undersøkelsen studeres helse og livskvalitet for barn, ektefelle og soldat med mål om et bedre hverdagsliv for veteranen og de nærmeste. NKVTS har også samarbeidet med Forsvaret i utviklingen av Afghanistanundersøkelsen 2020 og i utarbeidelsen av rapporten fra denne som ble publisert i 2021.

Det foreslås å innlemme bevilgningen til utredningsprosjektet om behandlingstilbudet til voldsutsatte, voldsutøvere og traumatiserte i grunnbevilgningen til NKVTS. Hensikten med innlemmingen er å sikre forutsigbarhet, god oppgaveløsning og videre drift ved NKVTS, samtidig som behovet for kunnskapsutvikling på området ivaretas også i framtiden. Det foreslås også å flytte 2,5 mill. kroner fra kap. 765, post 21 knyttet til rammeavtalen om beredskap for rådgivning om vold og traumatisk stress til grunnbevilgningen til NKVTS. Helsedirektoratet har over noen år bygd kunnskap om hvordan rammeavtalen fungerer, og tilrår at deler av avtalen avvikles fordi oppgavene bedre kan ivaretas gjennom grunnbevilgningen til NKVTS.

I 2022 ble det bevilget 36,9 mill. kroner til formålet. I 2023 foreslås det å bevilge 47 mill. kroner i grunnbevilgning til NKVTS.

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Målet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionene på områdene vold, traumer og selvmordsforebygging. Bevilgningen går til drift av de fem RVTSEne. Bevilgningen skal dekke sentrenes primære oppgaver, som er å sørge for undervisning, veiledning, informasjon og nettverksbygging på volds- og traumeområdet, herunder vold i nære relasjoner, negativ sosial kontroll og æresrelatert vold, radikaliserings- og voldelig ekstremisme, menneskehandel, flyktningehelse, psykososial beredskap, veteraners helse, selvmord og selvskading. 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 satsinger og tiltak i handlings- og opptrappingsplaner på volds- og traumefeltet, selvmordsfeltet.

Det har vært tett samarbeid mellom de fem RVTSEne på en rekke temaområder i 2021, bl.a. knyttet til felles videreutvikling og implemente-

ring av nettverktøy. Eksempler på temaområder med høy felles aktivitet i 2021 er psykososial beredskap og oppfølging, selvmordsforebygging, problematisk og skadelig seksuell atferd, veteraners psykiske helse, LOS-funksjon for rammede etter 22. juli, menneskehandel, flyktningehelse/tortur, helhetlig og forebyggende skoleprogram, radikaliserings- og TANDEM for utvikling og evaluering av kompetansehevingsarbeidet innen traumer. Totalt har det vært over 100 000 deltakere på RVTSEnes aktiviteter i 2021, og 87 pst. av kommunene rapporterer at de har vært i kontakt med RVTSEne. Av disse er 98 pst. svært fornøyd eller fornøyd med kontakten. Det er også i 2021 jobbet systematisk med lederforankring, organisasjonsutvikling og langsgående, helhetlige og lokaltilpassede kompetanseutviklingsprogrammer med mål om å fremme endret praksis i kommunene og ulike tjenester over tid.

I tillegg til grunntilskuddet, fikk RVTSEne i løpet av 2021 øremerkede midler fra Stortinget til å styrke arbeidet med barn og unge med voldsproblematikk eller skadelig seksuell atferd. Midlene har bl.a. blitt nytt til digitalt utviklingsarbeid, nettverksarbeid, regional undervisning og seminarer og konferanser om tematikken. Se også omtale under kap. 765, post 21. Det ble også bevilget midler til å videreutvikle RVTSEnes ressurs- og veiledningsfunksjon innen radikaliseringsring. Se nærmere omtale på kap. 765, post 75, under overskriften radikaliseringsring og voldelig ekstremisme. RVTSEne har videre blitt tildelt særskilte midler for å støtte opp om kommunale psykososiale kriseteam. Psykososialberedskap.no er videreutviklet for kriseteam mv. og drives nå av alle RVTSEne i samarbeid. Hendelser på Gjerdrum og i Kongsberg har synliggjort variasjon mellom kommuner i rammer og forutsetninger for kriseteamenes arbeid, og RVTSEne har jobbet for å imøtekomme dette gjennom utviklingen av psykososialberedskap.no, i kombinasjon med lokalt implementerings- og undervisningsarbeid. Nettressursen er oppdatert og videreutviklet for pandemiarbeid, inkludert lederkurs for sykehjem som fremmer robust personell mv. Det er også arrangert nettverkssamlinger, fagdager og digital veiledning for kommunale psykososiale kriseteam.

RVTSEne bistår i arbeidet med Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste. RVTSEne har i 2021 arbeidet for å styrke kompetansen hos personell som møter barn og unge om selvskadings- og selvmordsinnhold på internett. Det er kartlagt behov hos tjenestene, startet utvikling av kompendium med kunnskapsgrunn-

lag og påbegynt utvikling av kompetansehevingstiltak. RVTS har også deltatt i arbeidet med forbedring av de regionale folkeopplysningskampanjene for forebygging av selvmord.

Sentrene har i 2021 arbeidet for økt kompetanse og samarbeid på veteranområdet gjennom det nasjonale og de regionale fagnettverkene for innsatspersonell. Kompetansemøder og støtte til implementering av kommunale handlingsplaner er tilbudt kommuner i samarbeid med statsforvalterembetene og Forsvarets Veterantjeneste. Det tilbys også undervisning til helsetjenesten, inkludert distriktpspsykiatriske sentre, kurs for leger og psykologer, annet helsepersonell og egen e-læring for kommunesektoren. RVTS Øst har også utviklet en nettside om veteraner.

Det ble i 2022 bevilget 2,5 mill. kroner til å styrke kompetansen hos personell som møter barn og unge om selvskadings- og selvmordsinnhold på internett, og 2,5 mill. kroner til å styrke RVTSenes bistand overfor regionene i forbindelse med at folkeopplysningskampanjene for forebygging av selvmord skal gjennomføres som en flernivåintervensjon. RVTSene skal i 2023 bistå i arbeidet med Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste. Det foreslås i den forbindelse å videreføre disse bevilgningene. I 2022 ble det bevilget 145,2 mill. kroner som grunnbevilgning til sentrene. Det foreslås 148 mill. kroner som grunnbevilgning i 2023.

Sinnemestring

Målet med bevilgningen er å sikre videre spredning av sinnemestringstilbudet utviklet ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset. Bevilgningen dekker deres bidrag til RVTSenes arbeid med spredning av sinnemestringsmodellen. Avdelingen har utviklet egne behandlingsmanualer.

Sinnemestringsmodellen har etablert behandlingstilbud til voldsutøvere i alle landets regioner. Modellen har hatt fokus på kommunale helse- og omsorgstjenester de siste årene. Det gjennomføres regionale nettverks-/veiledningssamlinger i samarbeid med de fem regionale RVTSene. I 2020 ble en RCT-studie om sinnemestringsmodellen fullført. Studien indikerer at modellen har effekt.

I 2021 fullførte 30 deltakere sinnemestringsutdanningen, og et nytt kull med 32 deltakere startet opp. Kursdeltakerne kommer fra familievernkontorer, kommunale helse- og omsorgstjenester, distriktpspsykiatriske senter (DPS), barnevern og kriminalomsorg.

Måloppnåelsen vurderes som høy.

Det ble bevilget 1,6 mill. kroner til St. Olavs hospital, avdeling Brøset, Sinnemestring, i 2022. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 1,6 mill. kroner i 2023.

Traumebehandling

Målet med bevilgningen er å utvikle og spre kunnskapsbaserte metoder for traumebehandling i spesialisthelsetjenesten. Bevilgningen går til implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), og til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner for traumer i psykisk helsevern for voksne. Utviklings- og implementeringsarbeidet gjennomføres av NKVTS.

Totalt har 631 terapeuter tatt grunnkurset i TF-CBT. I 2021 deltok 72 nye terapeuter på grunnkurs og fikk ukentlig veiledning. Alle BUP-lederne fikk også veiledning. Om lag 385 aktive TF-CBT-terapeuter ved 66 BUPer gir nå kunnskapsbasert behandling til barn som lider av post-traumatisk stress. Det ble også jobbet med digitalisering, produksjon og oppdatering av materiell. Arbeidsbok for foreldre er utviklet i samarbeid med svensk TF-CBT miljø. Digital TF-CBT-konferanse ble arrangert med 250 deltakere. Samlet nås 79 pst. av landets BUPer og vedlikeholdsplaner er utviklet for disse.

Kunnskap utviklet i prosjektperioden legger grunnlaget for videreføring av implementeringen av metoden i nye BUPer i hele landet. Resultatene brukes også som kunnskapsgrunnlag for nye prosjekter, som Trinnvis TF-CBT (se omtale under kap. 765, post 75 om opptrappingsplan mot vold og overgrep) og arbeid med flyktninger.

Det ble bevilget 7,7 mill. kroner til spredning av TF-CBT i 2022. Bevilgningen foreslås videreført med 7,8 mill. kroner i 2023.

Fra 2016 har det vært bevilget midler til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner for traumer for voksne. NKVTS har ansvar for gjennomføringen. I 2021 ble det rekruttert 12 nye poliklinikker fra seks ulike helseforetak, og totalt 113 terapeuter fikk opplæring i enten Eye Movement Desensitization Therapy (EMDR) eller kognitiv terapi for post-traumatisk stresslidelse (CT-PTSD). Totalt har 413 terapeuter fra 47 allmennpoliklinikker og syv ruspoliklinikker fått opplæring så langt, noe som utgjør 30 pst. av klinikkene. Det ble arrangert digitalt seminar om traumebehandling hvor 250 behandlere deltok.

Implementeringsprosjektene for traumebehandling i BUP og DPS genererer implementeringsforskning hos NKVTS med fokus på hvordan en kan overføre implementeringsforskningsfunn internasjonalt til norsk praksis. Transformasjonell ledelse står sentralt: LOCI (implementeringsstrategi/lederprogram). Kunnskapen NKVTS har opparbeidet innen implementering ble etterspurt fra ulike aktører i 2021.

I 2022 ble det bevilget 5,9 mill. kroner til formålet. Bevilgningen foreslås videreført i 2023.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) – vold og overgrep

Bevilgningen skal bidra til å styrke helsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/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 2021 har NKLM arrangert grunnkurs for overgrepsmottak med 71 deltakere og seminar for administrativ og medisinsk ledelse ved landets overgrepsmottak, hvor 22 av 24 mottak deltok. I tillegg har det blitt arrangert kurs i klinisk rettsmedisin i praksis ved seksualovergrep med 27 deltakere og annen undervisning og konferanser.

NKLM har gjennomført og påbegynt flere prosjekter. Bl.a. har nettkurset i volds- og overgrepsbehandling for legevaktpersonell blitt faglig oppdatert og overført til ny teknisk plattform. NKLM har fortsatt samarbeidet med Kripos, Sporlaboratoriet ved Rettsmedisinske fag og Overgrepsmottaket i Oslo om videoillustrasjoner av spor-sikringsarbeidet ved overgrepsmottak. Det har blitt avholdt arbeidsgruppemøte om ny mal for klinisk rettsmedisinske legeerklæringer.

I samarbeid med Overgrepsmottaket i Vestfold har NKLM arbeidet med å få etablert en nasjonal videreutdanning/masterutdanning for sykepleiere innen vold, overgrep og rettsmedisin.

NKLM har kartlagt situasjonen for overgrepsmottak gjennom eget prosjekt, fortsatt samarbeidet med NKVTS om studien Trust after sexual trauma, samt fortsatt samarbeid med NTNU om Early intervention after rape studien (EIR).

I 2022 ble det bevilget 3,3 mill. kroner til NKLM for arbeid med vold og overgrep. Bevilgningen foreslås videreført i 2023. Det vises også til omtale under kap. 762, post 70.

Pro Sentret

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2021–2022), jf. Innst. 11 S (2021–2022) ble det i 2022 bevilget 5 mill. kroner til Pro Sentret. Den øremerkede bevilgningen på posten foreslås avvirket, og midlene innlemmet i søknadsbasert ordning på kap. 765, post 72. Videre drift av Pro Senteret foreslås ivaretatt under kap. 765, post 74. Se omtale der. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Nasjonal støttegruppe etter 22. juli

Nasjonal støttegruppe 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.

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 2021 var det ti år siden terrorangrepet i regjeringskvartalet og på Utøya. Det ble arrangert landsdekkende samlinger for etterlatte og overlevende etter angrepet. 300 berørte deltok på samlingene. Det ble bevilget 3 mill. kroner over kap. 765, post 21. til formålet i 2021.

Støttegruppen har i 2021 deltatt i arbeidet med nasjonalt minnesmerke på Utøya og permanent plassering av 22. juli-senteret. Støttegruppen har videre bidratt i utvalg og kommunikasjonsarbeid, på ulike møter og konferanser nasjonalt og internasjonalt, og i mediearbeid og debatter. De drifter nettstedet 22juli.info og egne sider på Facebook, Twitter og Instagram.

I 2022 ble det bevilget 5,4 mill. kroner til Nasjonal støttegruppe etter 22. juli. Bevilgningen foreslås videreført med 5,5 mill. kroner i 2023.

Forebygging av selvmord og selvskading

Formålet med bevilgningen er å forebygge og redusere omfanget av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading, og bedre oppfølgingen til pårørende og etterlatte etter selvmord. Bevilgningen går til den søknadsbaserte tilskuddsordningen Nasjonale tiltak for forebygging av selvmord og selvskading.

I 2021 mottok åtte prosjekter tilskudd gjennom tilskuddsordningen:

- Røde Kors' Kors på halsen
- Helseutvalgets Youchat – unge svarer unge
- Blå kors' SnakkOmPsyken.no
- Mental helses Youth Aware of Mental Health (YAM)
- Lillebrors minne – stiftelsen med omsorg for etterlattes Livsglede, selv om
- ELPIS selvmordsforebyggings ELPIS Ambasadør
- A-LARMS Temakveld forebygging og åpenhet rundt selvmord
- Ungdom, rus og psykisk helse

Alle prosjektene retter seg mot målområder i Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste. Prosjektene omhandler hovedområdene chat, telefontjenester og samtaletilbud, oppfølging av etterlatte etter selvmord og forebyggende undervisningsprogram for å styrke ungdoms grunnleggende kunnskap om psykisk helse. Flere av prosjektene har som mål å bidra til trygg og åpen kommunikasjon om selvmordstematikk. Prosjektene som har mottatt tilskuddsmidler under ordningen vurderes til at de samlet sett gir en bredde i delmålene, målgruppene og tiltakene i handlingsplanen.

Pandemien ga uforutsigbare omstendigheter for organisasjonene som medførte noe redusert aktivitet i 2021. Det vurderes at den samlede måloppnåelsen for ordningen er høy og i tråd med målet med tilskuddsordningen.

I 2022 ble det bevilget 4,1 mill. kroner til den søknadsbaserte tilskuddsordningen. Det foreslås å bevilge 4,2 mill. kroner til den søknadsbaserte tilskuddsordningen i 2023.

Vivat selvmordsforebygging

Bevilgningen går til drift av Vivat selvmordsforebygging, som er del av Psykisk helse og rusklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Formålet med bevilgningen er å bidra til opplæring i hvordan bli mer oppmerksom, fange opp signaler og yte førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Vivats kurs er både for profesjonelle hjelpere og andre som kan være i posisjon til å oppdage og gi hjelp til mennesker i selvmordsfare. Vivats kurstilbudet benyttes av ulike aktører, som f.eks. frivillige organisasjoner og Forsvaret.

Ved utgangen av 2021 hadde Vivat totalt 220 kursledere. Vivat arrangerte i 2021 to kurslederkurs for Førstehjelp ved selvmordsfare, tre kurslederkurs for Oppmerksom på selvmordstanker,

OPS!, 99 kurs i Førstehjelp ved selvmordsfare, 93 kurs i OPS! og tre kurs i FriskOpp. Til sammen har det vært rundt 3800 deltagere på disse kursene. Tilbakemeldingene fra kursdeltakerne viser svært høy tilfredshet på samtlige kurs.

I 2021 har Vivat videreutviklet det digitale kurset Respons – å svare på selvmordstanker, og undervisningsfilmen SOS ble utviklet og publisert. Vivat har i 2021 deltatt i to samarbeidsprosjekter om tilrettelegging/utvikling av kurs for den samiske befolkningen i Norge. Videre har de bidratt inn i arbeidet med regionale folkeopplyningskampanjer for selvmordsforebygging. Måloppnåelse vurderes som høy.

Det ble bevilget 7,1 mill. kroner til dette formålet i 2022. Det foreslås å bevilge 7,3 mill. kroner i 2023.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

Formålet med bevilgningen er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd og selvskading. Bevilgningen går til drift av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF). NSSF er et kompetansesenter tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene), og andre som har ansvar for kompetansehevingstiltak i tjenestene og kunnskapsutvikling innen relevante fagområder, er sentrale målgrupper og viktig samarbeidspartnere for NSSF.

I 2021 var det 16,1 årsverk ved NSSF. Senteret produserte totalt 20 vitenskapelige publikasjoner. Den første fullstendige årsrapporten fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble lansert. Flere områder for forebygging på systemnivå i tjenestene er identifisert. Senteret produserte 15 ikke-vitenskapelige publikasjoner og ga 23 konferansepresentasjoner, i tillegg til en rekke undervisnings-, foredrags- og veiledningsaktiviteter. Senteret arrangerte den 11. nasjonale konferansen om selvmordsforskning og -forebygging med 438 deltagere.

NSSF var mye i mediene i 2021, og forskningsfunn og anbefalinger ble formidlet i ulike fora og kanaler driftet av senteret.

Ved utgangen av året pågikk 15 tilskuddsfinansierte forskningsprosjekter, fem prosjekter finan-

siert av andre kilder, og NSSF bidro inn i 20 forskningsprosjekter eid av andre. Senteret drev bl.a. forskning på endring i omfang og risikofaktorer for selvmordsforsøk, selvmordstanker og selvskading blant ungdom, registerbasert forskning om selvmord og villet egenskade i etniske minoritetsgrupper, samt forskning på utvikling av selvmord og villet egenskade under covid-19-pandemien.

Senteret har samarbeidet bredt og systematisk med ulike aktører internasjonalt, nasjonalt og regionalt. NSSF samarbeidet bl.a. med NKVTS på temaområdet selvmordsproblematikk blant utsatte for og utøvere av vold og overgrep. Senteret arbeidet videre med en rekke temaområder og innsatser knyttet til Opptappingsplan for barn og unges

psykiske helse og Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste i 2021.

I 2021 gjennomførte bl.a. 334 leger/psykologer i primærhelsetjenesten e-læringskurset i selvmordsrisikovurdering, 72 nye terapeuter ble utdannet i omsorgs- og endringsmodellen/ dialektisk atferdsterapi (OEM/DBT) og 28 nye terapeuter fikk opplæring i forlenget sorg-terapi (FST). I tillegg kom team-veiledning og etterutdanningstilbud knyttet til metodene for spesialisthelsetjenesten. Måloppnåelse vurderes som høy.

Det ble bevilget 20 mill. kroner til NSSF i 2022. Senteret skal i 2023 bistå i arbeidet med handlingsplanen for forebygging av selvmord. Det foreslås å videreføre grunnbevilgningen i 2023 med 20,6 mill. kroner.

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	11 023	13 078	
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	4 450	3 695	
	Sum kap. 769	15 473	16 773	

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen redusert med 8,4 mill. kroner. I tillegg foreslås budsjettkapittelet avviklet ved å flytte resterende bevilgninger:

- 5,2 mill. kroner til kap. 761, post 21.
- 3,4 mill. kroner til kap. 761, post 79.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Utover gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, foreslås bevilgningen på posten redusert med 8 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2022. Resterende 5,2 mill. kroner på posten foreslås flyttet til kap. 761, post 21.

Post 70 Tilskudd

Posten foreslås avviklet ved at 0,4 mill. kroner flyttes til kap. 761, post 71 og 3,4 mill. kroner til kap. 761, post 79.

Leve hele livet

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 761, post 21.

Det ble i 2022 bevilget 2,5 mill. kroner til arbeidet med oppfølging av Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*. Midlene er benyttet til å spre og implementere reformen ved bl.a. informasjons- og kommunikasjonsarbeid og koordinering nasjonalt og regionalt gjennom dialog med Helsedirektoratet, KS og nasjonale og regionale aktører som har ansvar for spredning og gjennomføring av reformen. Bevilgning foreslås flyttet til kap. 761, post 21.

Norges frivilligsentraler

Det ble i 2022 bevilget 1 mill. kroner til formålet. Det rapporteres om høy måloppnåelse. Gjennom arbeidet i 2021 har Norges Frivilligsentraler hatt aktiviteter som både har bidratt til å gjøre *Leve hele livet* kjent i kommunene og vært til støtte i arbeidet med å nå målene for reformen. Mål og tiltak har vært flere gode leveår for eldrebefolkningen, generasjonsmøter, styrke sosiale fellesskap og motvirke ensomhet, stimulere til aktivitet og styrke samarbeidet mellom kommuner og frivillige. Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 761, post 21, jf. nærmere omtale der.

Kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem – Trygghetsstandard

Etter arbeid med utvikling, pilotering og evaluering siden 2015 ble verktøyet Trygghetsstandard i sykehjem lansert i 2021. Trygghetsstandard er et lederverktøy som sykehjemmene kan bruke for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Målgruppen er ledere på alle nivåer i sykehjem, men mye kan ha overføringsverdi til andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Trygghetsstandard i sykehjem er et tiltak i Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*. Trygghetsstandard er tilgjengelig og gratis for alle på ressursportal.no – en kunnskapsbank for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Det ble i 2022 bevilget 5 mill. kroner til formålet. Det ble i tillegg gitt en styrket bevilgning i 2022 på kap. 761, post 67 for å legge til rette for implementering av verktøyet i hele landet. Dette arbeidet pågår i 2022. Bevilgningen foreslås avvirket fra 2023.

Satsing på etisk kompetanseheving

Etikksatsingen i KS bistår kommunene regionalt og lokalt med nyttige verktøy for etisk refleksjon og praksisnær oppfølging. Tiltaket foreslås videreført i 2023 med 3,6 mill. kroner på kap. 761, post 21, jf. nærmere omtale der.

Det ble i 2022 bevilget 4,6 mill. kroner til formålet. Måloppnåelsen for 2021 vurderes som høy. Det har vært stor aktivitet i hele landet med kurs og fagdager, utvikling av ulike etikkverktøy og formidling av disse. KS og Senter for medisinsk etikk har etablert et formalisert samarbeid om etikksatsingen slik at de samlede ressursene utnyttes til det beste for kommunene. Det har bl.a. blitt utviklet en felles grunnpakke for metodekurs, en felles veileder i 6-trinnsmodellen for kommunene og nye metoder for hverdagsetikk. KS samarbeider også tett med Helsedirektoratet innen områder som lindrende behandling og omsorg, åpenhet om døden og pårørende. Gjennom satsingen ble det også i 2021 gitt støtte til kommunene i etiske spørsmål gjennom pandemien. Satsingen samarbeider også med satsingen på Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp.

Prosessveiledning for trygghet og mestring

Det ble bevilget 2 mill. kroner til Helsedirektoratet for å støtte kommunene i innføring av velferdsteknologi, bl.a. i form av prosessveiledning. Bevilgningen ble flyttet til kap. 761, post 21 i 2022.

Det nasjonale programmet for leverandørutvikling
Tiltaket foreslås videreført med en bevilgning på 0,3 mill. kroner på kap. 761, post 21, jf. nærmere omtale der.

Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Ressursportal.no er en kunnskapsbank for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det er utarbeidet veilednings- og støttmateriell, og ressursportalen er et viktig verktøy i kommunenes planprosess for å møte framtidige demografiutfordringer. Portalen er også et viktig verktøy for det regionale støtteapparatet i gjennomføringen av dialogmøter med kommunene. I 2021 ble lederverktøyet Trygghetsstandard i sykehjem lansert via ressursportalen.

Det ble i 2022 bevilget 1,5 mill. kroner til formålet. Tiltaket er også støttet gjennom bevilgning til *Leve hele livet* på kap. 761, post 21. Det foreslås å videreføre tiltaket med 0,5 mill. kroner på kap. 761, post 21, jf. nærmere omtale der.

Avtalen om Sevs og Samplan

Tiltaket foreslås videreført med en bevilgning på 0,3 mill. kroner på kap. 761, post 21, jf. nærmere omtale der.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Det ble i 2022 bevilget 0,5 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med nasjonal samordning og kommunikasjonsarbeid knyttet til I trygge hender 24-7, et slagord for pasientsikkerhetsarbeidet i Norge. Bevilgningen foreslås avvirket i 2023 for å styrke andre prioriterte tiltak.

Pensjonistforbundets bekymringstelefon

Det ble bevilget 0,4 mill. kroner til Pensjonistforbundet bekymringstelefon i 2022. Pandemien i 2021 var krevende for mange eldre personer og medførte at telefontjenesten måtte utvide sine åpningstider.

Tilskuddet foreslås avvirket i 2023. Samtidig foreslås det å styrke bevilgningen til det tilskuddsordningen Informasjons- og kontaktskapende arbeid mv. over kap. 761, post 71 tilsvarende. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Programkategori 10.70 Tannhelse

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
770	Tannhelsetjenester	359 058	455 654	467 241	2,5
	Sum kategori 10.70	359 058	455 654	467 241	2,5

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	42 551	41 075	42 047	2,4
50–89	Overføringer til andre	316 507	414 579	425 194	2,6
	Sum kategori 10.70	359 058	455 654	467 241	2,5

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

- 10 mill. kroner flyttet fra kap. 2711, post 70 til kap. 770, post 21 til utrednings- og utvalgsarbeid på tannhelsefeltet.
- 5,6 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

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. Samlet ressursbruk i tannhelsetjenesten utgjorde om lag 19,1 mrd. kroner i 2021, ifølge helseregnskapet til Statistisk sentralbyrå. Egenbetaling fra privatpersoner utgjør om lag 70 pst. av samlet ressursbruk til tannhelsetjenester.

Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av lov om tann-

helsetjenesten 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.

Størstedelen av tannbehandling med stønad fra folketrygden blir utført i privat sektor. Det vises til omtale under kap. 2711, post 72.

Kostra-tall for 2021 er kilden til omtalen av personell, fylkeskommunal tannhelsetjeneste og finansiering.

Personell

Norge har om lag 4 300 allmenntannleger og 570 tannlegespesialister, til sammen i underkant av 5 000 tannleger. I tillegg kommer om lag 1 100 tannpleiere, 400 tannteknikere og annet personell.

Tannleger

Tannlegedekningen i Norge har vært stabil i perioden 2015–2021, da personellutviklingen har fulgt

befolkningsveksten på om lag 4 pst. i denne perioden. Samlet tannlegedekning var 9,0 avtalte tannlegeårverk per 10 000 innbyggere i 2021 (allmenn- og spesialisttannleger, privat og offentlig sektor), mot 8,9 i 2015.

Det er geografiske forskjeller i tannlegedekning. Ser man private og offentlig ansatte tannleger under ett, var samlet tannlegedekning høyest i Oslo samt i Troms og Finnmark i 2021. Dekningen var lavest i Innlandet, og nest lavest i Trøndelag.

På regionnivå har tannlegedekningen sunket i Vest-Norge fra 2015 til 2021, mens deknningen har økt i resten av landet. Oslo hadde den største økningen i tannlegeårverk per innbygger fra 2015 til 2021.

Om lag en av ti tannleger er spesialister. Geografisk variasjon i dekning av tannlegespesialister er større enn for allmenntannleger. I 2021 hadde Oslo dobbelt så mange tannlegespesialister som hele Nord-Norge sett under ett, hhv. 113 spesialister mot 45. Oslo er samtidig det fylket med høyest spesialistdekning, med 2,5 ganger flere spesialister enn Nordland med lavest spesialistdekning. Bare fire fylker hadde dekning over landsgjennomsnittet i 2021 (Oslo, Rogaland, Vestfold, samt Troms og Finnmark).

Tannpleiere

Tannpleierdekningen i Norge har økt med 11 pst. på landsbasis fra 2015 til 2021, fra 1,8 tannpleiere per 10 000 innbyggere i 2015 til 2,0 i 2021. Personellutviklingen har med andre ord vært kraftigere enn befolkningsveksten.

Tannpleierdekningen er høyest i Nord-Norge, med omtrent dobbelt så høy dekning som i resten av landet. Den sterkeste prosentvise veksten i tannpleierdekningen har funnet sted i Oslo og Østlandet i denne perioden, mens de nord-norske fylkene har hatt svakest vekst.

Tannteknikere

Antall tannteknikere har vist en jevn nedgang, fra 460 avtalte årverk i 2015 til 412 i 2021.

Privat og offentlig sektor

Privat sektor står for størstedelen av all tannbehandling av voksne. I tillegg utføres det meste av tannregulering for barn og unge i privat sektor. Den private tannlegedekningen i 2021 var 6,6 avtalte tannlegeårverk per 10 000 innbyggere

(allmenn- og spesialisttannleger), dvs. om lag tre firedeler av alle tannlegeårverk.

Oslo har 2,2 ganger flere private tannleger per innbygger enn Troms og Finnmark. De tre fylkene med lavest privat tannlegedekning i 2021 var Troms og Finnmark, Innlandet og Trøndelag med hhv. 4,4, 5,2 og 5,3 private tannleger per 10 000 innbyggere. De tre fylkene med høyest privat tannlegedekning var Oslo, Vestfold og Telemark, samt Viken, med hhv. 9,7, 7,0 og 6,6 private tannleger per 10 000 innbyggere.

En firedel av landets tannleger arbeider i offentlig sektor. Tannlegedekningen av offentlig ansatte tannleger er vesentlig høyere i Nord-Norge enn i Sør-Norge, illustrert ved at det var fem ganger flere offentlig ansatt tannleger per 10 000 innbyggere i Troms og Finnmark enn i Oslo i 2021. Dette har sammenheng med lav privat tannlegedekning i nord.

Omfanget av ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten viser at flere fylkeskommuner har vansker med rekruttering. Omfanget av ledige stillinger er nesten doblet fra 2015 til 2021, og gjelder i dag flere fylkeskommuner, bl.a. Rogaland, Vestland, Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark. Flere fylkeskommuner finner det krevende å rekruttere til stillinger i mindre sentrale strøk og små klinikker.

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste

I alt 28 pst. av befolkningen, eller om lag 1,5 millioner personer, var under tilsyn av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2021. Om lag 250 000 av disse var betalende voksne pasienter, mens om lag 1,25 mill. personer hadde lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen.

Den private tannlegedekningen er lav i mange fylker, og fylkeskommunene er pålagt i lov å sørge for at tjenester er tilgjengelige i disse områdene. Det er derfor forskjeller i hvor stor del av befolkningen den enkelte fylkeskommune yter tjenester til. Tannhelsetjenesten i Nordland hadde 38 pst. av fylkets befolkning under tilsyn i 2021, mens Troms og Finnmark hadde 36 pst. Lavest var Oslo og Viken med hhv. 20 og 23 pst.

Koronaviruspandemien medførte en nedgang i antall undersøkelser/behandlinger i 2020, som ble fulgt av en økning av aktiviteten i 2021. Aktiviteten i 2021 var likevel ikke oppe på samme nivå som i 2019, målt i antall undersøkelser/behandlinger. Dette viser seg også gjennom at andelen undersøkt/behandlet for ulike pasient- og brukergrupper i 2021, heller ikke er oppe på 2019-nivå.

Andelen i de ulike gruppene med rettigheter som ble undersøkt/behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2021 var:

- 73 pst. for psykisk utviklingshemmede
- 71 pst. for beboere i institusjon (sykehjem)
- 66 pst. for barn og unge 3–18 år
- 39 pst. for ungdom 19–20 år
- 15 pst. for hjemmeboende med hjemmesykepleie

For hjemmeboende med hjemmesykepleie, har aktivitetsveksten i 2021 medført en høyere andel som har mottatt tannhelsetjenester sammenlignet med 2020. Sett opp mot 2019 (før-pandemi), var imidlertid andelen i 2021 ikke oppe på mer enn om lag 80 pst. av 2019-nivået for denne gruppen. For de øvrige gruppene var andelen undersøkt/behandlet nærmere 2019-nivå. Mange pasienter blir innkalt sjeldnere enn hvert år til undersøkelse, avhengig av hvor god deres tannhelse er.

Gruppen andre prioriterte personer er i hovedsak grupper som gis et fylkeskommunalt tilbud med tilskudd over statsbudsjettet, eller grupper som fylkeskommunen har vedtatt å gi et tilbud til. Dette gjelder innsatte i fengsler, rusavhengige og personer som pleies hjemme av pårørende. Det kan også være at tortur- og overgrepsofre og pasienter med alvorlig angst for tannbehandling er inkludert. Fylkeskommunene har registrert en betydelig vekst i antall personer i denne gruppen, og i 2021 ble 6 900 personer i denne gruppen undersøkt/behandlet. Antallet i gruppen har økt år for år, og tjenesteforholdet i 2021 er over 2019-nivå og tidligere år. Om lag 9 700 personer var under tilsyn ved fylkeskommunal tannklinikk i 2021.

Det er store variasjoner i landet hvorvidt fylkeskommunen tar imot voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Troms og Finnmark er det fylket som i størst grad gir et tilbud til hele befolkningen, og 12,5 pst. av alle voksne i denne gruppen ble undersøkt/behandlet i 2021 i dette fylket. Nordland, Rogaland, Trøndelag og Innlandet har også et betydelig innslag av tjenester til ordinære, betalende voksne. Oslo og Viken på sin side har så godt som ikke noe fylkeskommunalt tilbud til disse, grunnet høy privat tannlegedekning.

På landsbasis ble 4,1 pst. av alle voksne uten rettigheter undersøkt/behandlet ved fylkeskommunale tannklinikker i 2020, mot 4,6 pst. i 2019 og 3,5 pst. i 2020.

Fylkeskommunal tannhelsetjeneste er i hovedsak finansiert gjennom frie inntekter, dvs. skatte-

inntekter og rammetilskudd som en del av inntektssystemet for fylkeskommunene. I tillegg kommer pasientinntekter. 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).

21- og 22-åringene

Stortinget vedtok i budsjettet for 2022 å iverksette et nytt tannhelsetilbud til 21- og 22-åringene med 50 pst. egenbetaling. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har ansvaret for tilbudet og det gjelder alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Tilbudet er etablert enten i den offentlige tannhelsetjenesten eller gjennom avtaler fylkeskommunen har inngått med private tannleger. Informasjon om tilbudet er tilgjengelig på fylkeskommunenes nettsider. Fra og med 2022 tas det sikte på å inkludere denne gruppen i fylkeskommunenes rapportering til Kostra.

Tannhelseutvalg

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsefeltet. Utvalget skal foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket inkludert regulering og rettigheter. Formålet er å legge frem ulike modeller for en tannhelsetjeneste som kan bidra til bedre tilgjengelighet. Utvalget skal bl.a. utarbeide og vurdere forslag som kan sikre at tannhelsetjenestene blir likestilt med andre helsetjenester, herunder modeller for egenandelstak. Dette innebærer å vurdere en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester, for eksempel gjennom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, gjennom stønad til tannbehandling over folketrygden og/eller tannhelsetjenester integrert i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget har en sammensetning på tvers av ulike institusjoner, fra alle deler av landet og har kompetanse innenfor samfunnsøkonomi, statistikk, jus, offentlig og privat tannhelsetjeneste, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av juni 2024.

Oppnevningen av utvalget imøtekommer også krav fra pensjonist- og arbeidstakerorganisasjonene på feltet, jf. nærmere omtale under kap. 2.

Ansvarsendring for tannregulering ved leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale lidelser

Helsedirektoratet har i oppdrag å utrede nærmere to av alvorligste tilstandene som krever tannregulering – leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale lidelser – med sikte på å overføre ansvaret til regionale helseforetak fra 2024.

Anmodningsvedtak

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).

Stortinget fattet 24. mai 2022 lovvedtak som opphever vedtatte lovendringer som legger til rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Prop. 64 L (2021–2022) Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret) og Innst. 295 L (2021–2022). Regjeringen la i lovproposisjonen til grunn at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtak 847, 848, 849, 850 og 851 i Stortinget, og at det derfor ikke planlegges ytterligere oppfølging av vedtakene. Ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) ble det ikke flertall i Stortinget for fortsatt oppfølging av anmodningsvedtakene. Regjeringen varslet i proposisjonen at endelig sluttrapportering på anmodningsvedtakene med forslag om at vedtakene oppheves, vil bli gjort i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2023. Vedtak 847 foreslås derfor opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak.

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).

Stortinget fattet 24. mai 2022 lovvedtak som opphever vedtatte lovendringer som legger til rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Prop. 64 L (2021–2022) Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret) og Innst. 295 L (2021–2022). Regjeringen la i lovproposisjonen til grunn at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtak 847, 848, 849, 850 og 851 i Stortinget, og at det derfor ikke planlegges ytterligere oppfølging av vedtakene. Ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) ble det ikke flertall i Stortinget for fortsatt oppfølging av anmodningsvedtakene. Regjeringen varslet i proposisjonen at endelig sluttrapportering på anmodningsvedtakene med forslag om at vedtakene oppheves, vil bli gjort i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2023. Vedtak 848 foreslås derfor opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak.

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).

Stortinget fattet 24. mai 2022 lovvedtak som opphever vedtatte lovendringer som legger til rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Prop. 64 L (2021–2022) Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret) og Innst. 295 L (2021–2022). Regjeringen la i lovproposisjonen til grunn at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtak 847, 848, 849, 850 og 851 i Stortinget, og at det derfor ikke planlegges ytterligere oppfølging av vedtakene. Ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) ble

det ikke flertall i Stortinget for fortsatt oppfølging av anmodningsvedtakene. Regjeringen varslet i proposisjonen at endelig sluttrapportering på anmodningsvedtakene med forslag om at vedtakene oppheves, vil bli gjort i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2023. Vedtak 849 foreslås derfor opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak.

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.»

Anmodningsvedtaket anses som utkvittert gjennom omtale i Prop. 64 L (2021–2022) der det vises til at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtakene i Stortinget.

Stortinget fattet 24. mai 2022 lovvedtak som opphever vedtatte lovendringer som legger til rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Prop. 64 L (2021–2022) Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenestansvaret) og Innst. 295 L (2021–2022). Regjeringen la i lovproposisjonen til grunn at det ikke lenger er politisk flertall for anmodningsvedtak 847, 848, 849, 850 og 851 i Stortinget, og at det derfor ikke planlegges ytterligere oppfølging av vedtakene. Ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) ble det ikke flertall i Stortinget for fortsatt oppfølging av anmodningsvedtakene. Regjeringen varslet i proposisjonen at endelig sluttrapportering på anmodningsvedtakene med forslag om at vedtakene oppheves, vil bli gjort i forbindelse med budsjettproposisjonen for 2023. Vedtak 850 foreslås derfor opphevet, jf. forslag til romertallsvedtak.

Utredning av status for tannhelsetjenestene i Norge

Vedtak nr. 35, punkt 51, 18. januar 2022

«Stortinget ber regjeringen sette i gang en utredning av status for tannhelsetjenestene i Norge, herunder sosiale og geografiske forskjeller i bruk og tilgang, årsaker til forskjeller, forholdet mellom tilbud i privat og offentlig regi, samt forskjeller i priser og behandling.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022), jf. Innst. 2 S (2021–2022).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i statsråd 12. august 2022 ble nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsefeltet. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av juni 2024.

Nedsettelse av utvalg for tannhelsetjenestene

Vedtak nr.35, punkt 52, 18. januar 2022

«Stortinget ber regjeringen sette ned et utvalg som skal komme med forslag som skal sikre at tannhelsetjenestene blir likestilt med andre helse-tjenester, herunder modeller for egenandelstak.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022), jf. Innst. 2 S (2021–2022).

Vedtaket er fulgt opp ved at det i statsråd 12. august 2022 ble nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsefeltet. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av juni 2024.

Omlegging av forskningsfinansering for forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelse, primærhelsetjeneste, psykisk helse, vold og rus

I handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien fra 2014 ble det varslet at man vil bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene med utgangspunkt i forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er fulgt opp gjennom omtaler i statsbudsjettene for 2017–2020, hvor det er varslet at departementet vil innføre indikatorer for sentre som har forskning som hovedoppgave og øvrige kompetansesentre som driver forskning som en del av sin virksomhet. Videre ble det varslet at en liten andel av forskningsmidlene vil omfordeles innenfor rammen til sentrene ut fra forskningsaktivitet, basert på sentrenes forskningsindikatorer.

Den varslede omleggingen ble innført fra 2022 og innebar gjennomføring av resultatbasert finansering for om lag 2 pst. av grunntilskuddsmidlene for 21 sentre fordelt på kap. 762, post 70, kap. 765, post 74 og 75 og kap. 770, post 70, se nærmere omtale der. Midlene omfordeles innenfor samme kapittel, slik at midlene benyttes innenfor samme fagområde. Når det gjelder Nasjonalt forskningssenter for komplementær behandling og alternativ medisin (Nafkam), som mottar midler over kap. 783, post 79, inngår sentret i denne sammenheng med gruppen sentre som får tildelt midler over kap. 762 Primærhelsetjeneste. Indika-

torer for forskningsaktivitet er hovedsakelig de samme som benyttes for de regionale helseforetakene, 1) vitenskapelig publisering, 2) avlagte doktorgrader og 3) eksternfinansiert forskning fra Forskningsrådet. Indikatorene vektet som for de regionale helseforetakene. Ekstern finansiering fra EU inngår ikke i modellen, da svært få av sentrene mottar tildelinger fra EU. Sentrene måles heller ikke på kliniske behandlingsstudier. Sentrenes forskningsresultater kartlegges årlig, men i beregningen av endelige forskningspoeng, og i prosentberegningene som ligger til grunn for den resultatbaserte finansieringen brukes glidende 3-årige gjennomsnitt (nå for perioden 2019–2021), på samme måte som for de regionale helseforetakene. Dette for å unngå store svingninger fra år til

år og å bidra til større grad av forutsigbarhet for sentrene. Helsedirektoratet vil foreta omfordelingen av budsjettmidlene basert på beregnede poeng fra forskningsindikatorerne.

Samlet øker forsknings- og kompetansesentrene forskningspoengene sammenlignet med i fjor. Totalt øker publiseringspoengene med 20 pst., doktorgradspoengene med 50 pst., og finansieringspoengene med 6 pst. For alle disse tre indikatorene er tallene for 2021 høyere enn i både 2020 og 2019. For nærmere omtale av sentrenes resultater (2018–2021) på de enkelte indikatorene, vises det til Helse- og omsorgsdepartementets nettside for helsemålingen i helseforetak og kompetansesentre.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	42 551	41 075	42 047
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	316 507	414 579	425 194
	Sum kap. 770	359 058	455 654	467 241

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

- 10 mill. kroner flyttet fra kap. 2711, post 70 til kap. 770, post 21 til utrednings- og utvalgsarbeid på tannhelsefeltet.
- 5,6 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

Bevilgningen dekker tilskudd og driftsutgifter til ulike utviklingstiltak på tannhelseområdet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

- 10 mill. kroner flyttet fra kap. 2711, post 70 til kap. 770, post 21 til utrednings- og utvalgsarbeid på tannhelsefeltet.
- 4 mill. kroner flyttet fra kap. 770, post 21 til kap. 770, post 70 til Tannbygget Troms og Finnmark fylkeskommune.

- 5,6 mill. kroner i redusert bevilgning som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

Bevilgningen omfatter tilskudd til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Utdanningen tilbys på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling. Ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan søke om opptak til utdanningen, og flere har gjennomført utdanningen. Se nærmere omtale under kap. 761, 762 og 765. Tilskuddet videreføres med 1 mill. kroner i 2023.

Helsedirektoratet ferdigstilte ny nasjonal faglig retningslinje om tannhelsetjenester til barn og unge under 20 år (TannBarn) i 2022. Det helsefremmende og forebyggende perspektivet står sentralt i den nye retningslinjen. Andre viktige områder er barn og unge med særlige behov, barn som er redde for å gå til tannlegen, opplysningsplikt til barnevernet og tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning.

Videre har bevilgningen omfattet samarbeidsprosjektet om utprøvende behandling av pasienter

ved mistanke om bivirkninger av tannbehandlingsmaterialet amalgam. På bakgrunn av funn i de to delprosjektene fra Nasjonalt kunnskapssenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam) og Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG) har Helsedirektoratet fått i oppdrag å vurdere eventuelle endringer i IS-1481 Retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologisk materiale. Oppdraget forventes igangsatt ultimo 2022.

Det foreslås å flytte 10 mill. kroner i 2023 fra kap. 2711, post 70 til kap. 770, post 21 til utrednings- og utvalgsarbeid for tannhelseutvalget, jf. omtale av tannhelseutvalget over.

Videre foreslås det å flytte 5,6 mill. kroner til Helsedirektoratet knyttet til faste oppgaver på tannhelsefeltet, jf. omtale under kap. 740, post 01.

Sykehusodontologi

Siden 2012 er det bevilget tilskudd til regionale helseforetak til forsøksordning med orale helse-tjenester i tverrfaglig miljø på sykehus. St. Olavs hospital (Trondheim), Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø), Oslo universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus (Oslo) og Haukeland universitetssjukehus (Bergen) deltar.

Forsøksordningen med orale helsetjenester i sykehus ble evaluert i 2019. Evalueringen viste at det var behov for å systematisere erfaringene fra forsøksordningen og få kartlagt hvilke pasienter som har størst behov for orale helsetjenester. En slik systematisert kartlegging ble igangsatt i 2020 der i alt 2 700 sykehuspasienter ble undersøkt klinisk for å avdekke deres orale helse og deres behandlingsbehov. Kartleggingen supplerer de kvalitative funnene fra evalueringen og viser at det er stort behov for odontologiske tjenester blant de kartlagte pasientgruppene. I 2021 ble det utført en systematisk kunnskapsoppsummering av forskning på sammenhenger mellom generell helse og oral helse. Oppsummeringen viser at det er en sammenheng mellom oral og generell helse. Videre at dårlig tannhelse sammenfaller i mange tilfeller med dårlig helse generelt.

Sykehusodontologiprojektet har bidratt til å avdekke sammenhengen mellom oral og generell helse og vist at det er behov for større innslag av orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede dette nærmere.

Tilskudd til regionale helseforetak til orale helsetjenester i sykehus foreslås videreført i 2022 med om lag 20 mill. kroner.

Forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Helsedirektoratet har i oppdrag å gjennomføre et prosjekt for å realisere mål om å innhente og tilgjengeliggjøre relevante data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et av områdene er innmelding og deling av data fra tannhelse-tjenesten. Det er tidligere prøvd ut bruk av standard kodeverk SNOMED CT til strukturering av dataelementer fra tannhelsetjenesten. Erfaringer fra dette arbeidet har resultert i at SNOMED CT er besluttet brukt som et av kodeverkene i melding fra tannhelsetjenestens elektroniske pasientjournal (EPJ).

Innmelding av tannhelsesdata til KPR vil bl.a. gjøre det mulig å sikre at informasjon om hvor tannhelsetilbud er tilgjengelig, om type tannhelsetjeneste og hvor stor andel av arbeidstiden som tannhelsepersonell benytter til pasientbehandling. Registeret kan også gi data til Statistisk Sentralbyrå som i dag meldes inn via Kostra-skjema, og minimere rapporteringsbyrden til tannhelsetjenesten ved å automatisk innhente relevante data som helseforvaltningen trenger som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering.

Størstedelen av tannhelsetilbudet i Norge er i privat sektor, og innlemming av tannhelsesdata fra private aktører er viktig for å få et godt grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten. Relevansen av opplysninger fra helprivate tjenester ble vurdert ved etablering av hjemmelsgrunnlaget for KPR. Helsedirektoratet har hjemmel til å fastsette forskrift om meldeplikt fra helprivate tannhelsetjenester. Helsedirektoratet har hatt på høring utkast til forskrift for plikt til innsending av opplysninger fra private virksomheter som yter tannhelsetjenester uten driftsavtale med kommuner eller fylkeskommuner, jf. Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) § 3-1. Forskriftsarbeidet slutføres i 2022.

I 2022 er det planlagt gjennomføring av piloter for kontinuerlig innmelding av data fra tannhelse-tjenesten. Dette arbeidet vil videreføres i 2023 med mål om å innhente og dele data fra hele tannhelsetjenesten. Det foreslås videreført 5 mill. kroner i 2023 til forprosjekt for innsamling og behandling av tannhelsesdata i KPR.

Prisportalen

Forbrukerrådets prisportal hvakostertannlegen.no ble stengt i 2020 som følge av manglende innrapportering av priser fra tannklinikene i hele landet under pandemien. Portalen er ikke åpnet igjen. Et arbeid er igangsatt i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Forbrukerrådet for å utvikle samme kanal for innrapportering til prisportalen som Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) bruker. Hensikten er å kunne utvikle en tjeneste som gjør at forbrukerne settes i stand til å orientere seg om prisnivået i tannhelsetjenesten. I 2021, ble det bevilget 5 mill. kroner til dette og midlene har blitt benyttet til videreutvikling av registeret, bl.a. for å muliggjøre automatisert innhenting av priser fra tannhelsetjenesten. Arbeidet med å reetablere prisportalen stilles i bero til data fra den private tannhelsetjenesten er tilgjengelig i KPR.

Post 70 Tilskudd

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). Flere av tiltakene i Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten inngår også i Kompetanseløft 2025 som har som mål å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Helsedirektoratet har hatt i oppdrag å utarbeide forprosjekt om kommunal tannpleier. Arbeidet bygger bl.a. på Folkehelseinstituttets systematiske oversikt Tannpleietiltak for å bedre oral helse hos personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og andre prioriterte grupper fra 2020. Basert på disse to arbeidene foreslås det at bevilgningen også kan dekke en pilotering av kommunal tannpleier.

Tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling (TOO)

Tilbudet er under oppbygging og samlet budsjett økte fra 100 mill. kroner i 2021 til 180 mill. kroner i 2022. Effekt av denne budsjettøkning ventes å avspeiles i tjenestens rapportering for 2022.

Det er etterspørsel etter det tverrfaglige psykolog- og tannhelsetilbudet til TOO-pasienter, og det var i 2021 lange ventelister flere steder. TOO-tilbudet er bygget opp gradvis siden 2011 og har i hovedsak vært gratis for pasientene. Antall årsverk i de tverrfaglige behandlerteamene utgjorde 63,6 årsverk i 2021, en økning fra 61,8 årsverk i 2020. Av de 63,6 årsverkene i 2021, var det 19,3 tannlegeårsverk og 17,4 psykologårsverk. Det er en økning i aktiviteten målt som antall under behandling og antall ferdigbehandlet i tverrfaglig team ved årsskifte på 21 pst. fra 2020 til 2021.

Det er fortsatt stor variasjon i ventetid og mange steder er den for lang. Om lag 1 840 personer stod på venteliste for vurderingssamtale, ifølge fylkeskommunenes rapportering for 2021. Ingen fylkeskommuner hadde åtte ukers ventetid eller mindre i 2021 og flere hadde ventetid over ett år. Videre har ventetiden når det gjelder tverrfaglig behandling økt i 2021, hvor to fylker har svært lange ventetider. Når det gjelder ventetiden til tannbehandling hadde flertallet av fylkeskommunene under fire ukers ventetid i 2021. Erfaringen viser at ventetiden øker etter etablering av tilbudet og når tilbudet har blitt gjort kjent i befolkningen. Videre har noen fylkeskommuner vedvarende utfordringer knyttet til rekruttering, særlig av psykologer.

Helsedirektoratet gjennomførte en evaluering i 2021 som viser at TOO er et viktig tilbud for personene i målgruppen. Behandlingen hjelper pasientene med å mestre utfordringene de har med å oppsøke tannhelsetjenesten, samt bidrar til positive ringvirkninger for andre deler av livet. Evalueringen viser til at dette stadfestes både av pasientene selv, ansatte i TOO-tilbudet og andre aktører som har tilknytning til tilbudet. Evalueringen peker også på flere forhold som bør følges opp. Direktoratet har fått i oppdrag å vurdere endringer basert på evalueringen i samarbeid med tjenestene. Tilskuddet foreslås videreført med 180 mill. kroner i 2023.

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 foreslås videreført med 6,4 mill. kroner i 2023.

Innlandet fylkeskommune forsetter arbeidet med å administrere praksisplasser for tannpleierstudenter ved Høgskolen i Innlandet, studiested Elverum. All praksis organiseres av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i samarbeid med de øvrige fylkeskommunene på Østlandet. Hvert år tas det opp om lag 30 studenter til utdanningen. Tilskuddet videreføres i 2023 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 lønns-, reise- og oppholdsutgifter til tannpleiere ansatt i fylkeskommunene, de regionale odontologiske kompetansesentrene eller i sykehus, og som tar de aktuelle utdanningene.

De regionale odontologiske kompetansesentrene/tannhelsetjenestens kompetansesentre, organisert av fylkeskommunene, skal bidra til å sikre befolkningen tilgang til odontologiske spesialisttjenester. Dette gjelder særskilt overfor personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunene finansierer spesialisttannbehandlingen ved sentrene. Videre skal sentrene gi fagstøtte til tannklinikken, 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 statlige tilskuddet til kompetansesentrene finansierer forskning og kunnskapsutvikling og fagstøtte til tannklinikken. Sentrene har et omfattende forskningssamarbeid med ulike fagmiljøer på sykehus, høyskoler, universiteter og andre forskningsinstitusjoner, både i Norge og internasjonalt. Det foreslås å flytte 4 mill. kroner fra kap. 770, post 21 til kap. 770, post 70 til Tannbygget Troms og Finnmark fylkeskommune. Inkludert dette foreslås tilskudd til de fem kompetansesentrene til statlig finansierte oppgaver økt fra 105 mill. kroner i 2022, og 4 mill. kroner til Tannbygget, til tilsammen 116,5 mill. kroner i 2023.

I 2022 ble det innført resultatbasert finansiering for sentrene som mottar tilskudd over kap. 770, post 70. Helsedirektoratet foretar omfordeling av 2 pst. av grunntilskuddet basert på gjennomsnittlig treårig beregnede forskningspoeng.

Organisering av spesialistutdanning av tannleger og planer for videreutvikling av spesialistutdanningene er nærmere beskrevet i Prop. 1 S (2017–2018). Helsedirektoratet har, i samarbeid med fagmiljøene utarbeidet forslag til kompetanse- og læringsmål, både felles og for den enkelte spesialitet.

Tilskudd til universitetene i hhv. Bergen, Oslo og Tromsø, og til tannhelsetjenestens kompetansesentre som deltar i praksisdelen av spesialistutdanningene, samt lønnstilskudd til tannleger som tar spesialistutdanning som del av en dobbeltkompetanseutdanning, foreslås videreført i 2023 med om lag 60 mill. kroner. Tilskuddet omfatter i alt om lag 93 spesialistkandidater eller om lag 63,9 årsverk i 2021. Formålet med Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd er å bidra til tilstrekkelig utdanningskapasitet av tannlegespesialister ved de odontologiske lærestedene ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen og UiT Norges arktiske universitet, i et samarbeid med tannhelsetjenestens kompetansesentre om veiledet klinisk praksis for kandidatene.

Tilskudd til lønn til kandidater under spesialistutdanning, foreslås videreført i 2023. Kandidater som har avtale med fylkeskommune eller annen offentlig virksomhet om spesialistutdanning blir prioritert. Lønn under utdanning i kombinasjon med klinisk praksis på kompetansesenter er et viktig virkemiddel for å oppnå bedre geografisk tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester. Det samlede tilskuddet til lønn til de aktuelle spesialistkandidatene utgjør om lag 9 mill. kroner. Videre foreslås det bevilget om lag 6,5 mill. kroner til etableringstilskudd til fylkeskommunene for pedodontister i 2023. De to tilskuddsordningene har medvirket til at det utdannes flere spesialister i pedodonti og at det etableres flere slike spesialiststillinger i offentlig tannhelsetjeneste.

Tannbehandlingsmaterialer

Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) er et nordisk samarbeidsorgan under norsk eierskap. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjene. Fra 2019 ble Niom et datterselskap under Norwegian Research Center AS (NORCE AS). Nordisk Ministerråd (NMR) finansierer om lag en tredjedel av Nioms budsjett, basert på treårige avtaler. Tilskuddet fra Helse- og

omsorgsdepartementet foreslås økt med 0,9 mill. kroner til 28,9 mill. kroner i 2023.

Videre foreslås bevilgningen økt fra 5,6 mill. kroner i 2022 til 6,8 mill. kroner i 2023 til videreføring og styrking av aktivitetene ved Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer (BVG), organisert i NORCE AS. BVG vil bl.a. bistå direktoratet i arbeidet med å vurdere eventuelle endringer i IS-1481; Retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer, jf. tidligere omtale under post 21.

Omlegging av forskningsfinansering for forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelse

Departementet har tidligere varslet at det vil innføres indikatorer for sentre som har forskning

som hovedoppgave og øvrige kompetansesentre som driver forskning som en del av sin virksomhet. Videre til at en liten andel av forskningsmidlene omfordeles innenfor rammen basert på sentrenes forskningsindikatorer. Fra 2022 ble det innført resultatbasert finansering for om lag 2 pst. av grunntilskuddet. Helse direktoratet foretar omfordelingen av 2 pst. av tilskuddsmidlene basert på beregnede forskningspoeng for sentrene som mottar tilskudd over kap. 770, post 70.

Tabellen under viser gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoeng for forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelsefeltet, inkludert omleggingen for 2019–2021. Forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader og poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd.

Tabell 4.16 Forskningspoeng (2021) og prosentandel av forskningspoeng (2019–2021)

Kap. 770 Tannhelsetjenester	Forskningspoeng	Prosent 2019–2021
Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer	17,82	26,56 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland	15,37	18,13 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge	14,38	18,55 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst	21,01	16,67 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge	17,21	13,95 %
Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer	1,14	3,61 %
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland	3,95	2,54 %
Totalt	90,88	100 %

I 2021 ble det i sentrene produsert 90,88 forskningspoeng, hvilket er en kraftig vekst i forhold til foregående år, hhv. 45 og 55 pst. (62,6 og 58,8 forskningspoeng). Den sterke veksten i forskningspoeng skyldes en vekst i publiserings-

poeng fra tidsskriftartikler i 2021. Nærmere beskrivelse av resultater fra måling av forskningsaktivitet for forsknings- og kompetansesentrene innenfor tannhelse er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

		(i 1 000 kr)			
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
780	Forskning	147 905	370 562	381 211	2,9
781	Forsøk og utvikling mv.	127 892	124 832	79 150	-36,6
783	Personell	262 237	286 652	282 507	-1,4
	Sum kategori 10.80	538 034	782 046	742 868	-5,0

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

		(i 1 000 kr)			
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
01–29	Statens egne driftsutgifter	144 772	109 188	55 880	-48,8
50–89	Overføringer til andre	393 262	672 858	686 988	2,1
	Sum kategori 10.80	538 034	782 046	742 868	-5,0

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

- 22,6 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til LIS1-stillinger
- 2 mill. kroner i økt bevilgning knyttet til flerkulturell doula
- 6 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kontaktfamilieordningen
- 23 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til kompletterende tiltak for ELTE-studenter
- 10,4 mill. kroner i redusert bevilgning knyttet til enkeltstående tilskuddsmottakere. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2.
- Bevilgningen under kap. 783, post 21, foreslås redusert med 2,8 mill. kroner som følge av ivaretagelse og videreføring av departementets arbeid som beredskapsorganisasjon, samt opp-

følgning av Koronakommisjonens anbefalinger om justeringer i norsk helseberedskap.

Fagfolkene i helse- og omsorgstjenesten er den viktigste ressursen for å gi befolkningen i hele landet tilgang til trygge og gode helse- og omsorgstjenester. De må ha mulighet til fagutvikling, forskning, utdanning og kompetanseutvikling. Det er viktig å sikre nok og riktig personell i helse- og omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet framover, og det er avgjørende at vår felles helse- og omsorgstjeneste er trygg, har høy tillit, er bærekraftig og kunnskapsbasert. Dette forutsetter bl.a. forskning og innovasjon kjennetegnet av høy kvalitet og nytte for brukerne.

Det er kontinuitet i målene og prioriteringene mellom den nye Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning, som legges frem samtidig med dette statsbudsjettet, og den forrige langtidsplanen. Det er imidlertid også noen viktige endringer som er gjort for å løfte fram bærekraft,

helse, samfunnssikkerhet og tillit på en tydeligere måte.

De tre målene i langtidsplanen er:

- styrket konkurransekraft og innovasjonsevne
- miljømessig, sosial og økonomisk bærekraft
- høy kvalitet og tilgjengelighet i forskning og høyere utdanning

I tillegg til målene har regjeringen seks prioriterte områder:

- hav og kyst
- helse

- klima, miljø og energi
- muliggjørende og industriell teknologi
- samfunnssikkerhet og beredskap
- tillit og fellesskap

Planen lanserer samfunnsoppdrag som et nytt virkemiddel for å finne løsninger på definerte problemer innen en viss tidsramme. Nærmere omtale er å finne i del III, kap. 5 i Prop. 1 S (2022–2023) for Kunnskapsdepartementet.

Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
50	Norges forskningsråd mv.	147 905	370 562	381 211
	Sum kap. 780	147 905	370 562	381 211

Det foreslås å bevilge 381 mill. kroner til Norges forskningsråd i 2023. Norges forskningsråd er i en utfordrende økonomisk situasjon som også vil kunne få konsekvenser for forskning finansiert fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapittel. Departementet har tett dialog med Kunnskapsdepartementet om situasjonen i tillegg til direkte dialog med Forskningsrådet. Det vises til nærmere omtale av avsetninger i Norges forskningsråd og tiltak for å redusere de negative avsetningene i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon. Det foreslås en videreføring av 2 mill. kroner til Euratom. Det foreslås at 0,5 mill. kroner av bevilgningen til Forskningsrådet skal benyttes til forskningsprogram for utsatte barn og unge. Opprettelsen av forskningsprogrammet er et samarbeid mellom flere departementer og vektlegger også forebygging av utenforskap. Det vises til Prop. 1 S for Barne- og familiedepartementet, del II programkategori 11.10 og del III Forskning og utvikling og Prop. 1 S for Kunnskapsdepartementet Del II – Programkategori 07.10. Omprioriteringen av 20 mill. kroner av avsetningene som ble vedtatt i statsbudsjettet for 2022 til global helseforskning foreslås ikke videreført.

Forskning og driftstilskudd

Departementet finansierer i hovedsak forskning, 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, Krefregisteret og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst RHF er omtalt under kap. 732, post 70, postene 72–75 og post 78. Kunnskapsbehov på e-helseområdet er omtalt under kap. 744. 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 og 68 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. Øvrige tiltak er omtalt under kap. 765 Psykisk helse, rus og vold, postene 21, 74 og 75, kap. 781 Forsøk og utvikling mv, post 21 og kap. 783 Personell, postene 21, 78 og 79.

Forskning og kunnskapshåndtering knyttet til covid-19-pandemien

Gjennom pandemien ble det tatt flere initiativ i Norge knyttet til tilrettelegging for forskning på SARS-Cov2 og covid-19-pandemien. Det er satt i gang en rekke forskningsprosjekt gjennom bl.a.

Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene. Det ble satt i gang forskning på langtids-effekter av sykdom eller smitte etter covid-19 i 2021 og det ble det gitt oppdrag til både Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene om senfølger av covid-19-infeksjon. Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19 ble startet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet i 2020. Programmet skulle sikre pålitelig kunnskap for rådgiving, behandling og sentrale beslutninger i håndteringen av covid-19-pandemien i Norge. Folkehelseinstituttet vil framover bygge på arbeidet som ble gjort i kunnskapsprogrammet og bidra til videre styrking av nasjonalt samarbeid om ny kunnskap for håndteringen av covid-19 og fremtidige helsekriser.

Norske fagmiljøer deltar i internasjonalt samarbeid om kunnskap for covid-19, både med hensyn til ny kunnskap gjennom kliniske studier, syntese av kunnskap og deling av data, samt retningslinjearbeid. Helse- og omsorgsdepartementet har som en del av norsk formannskap i Nordisk ministerråd tatt initiativ til et prosjekt kalt «Kunnskapsutvikling post covid». Prosjektet skal bl.a. legge til rette for nordisk samarbeid og utveksling av erfaringer i behandling og oppfølging av pasienter med langvarige symptomer av covid-19.

Vaksinekoalisjonen CEPI, The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, som har sitt hovedsete i Oslo, inngår avtaler om å utvikle vaksiner mot det nye koronaviruset. Det vises til omtale under kap. 703 i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon og kap. 160, post 70 og kap. 161, post 71 i Utenriksdepartementets budsjettproposisjon. Collaborating Center i regi av WHO for ikke-farmakologiske tiltak ble etablert i 2021 og finansieres over kap. 745, post 01 Folkehelseinstituttet. Bevilgningen skal dekke effektstudier, gjennomføring av evalueringsstudier av smitteverntiltak, kunnskapsoppsummeringer, nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid, samt kjøp av utstyr og forskningstjenester.

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Det foreslås bevilget 381 mill. kroner i 2023.

Norges forskningsråd er en sentral aktør i det norske forsknings- og innovasjonssystemet og for å nå regjeringens forskningspolitiske mål. Forskningsrådet har fem felles mål:

- økt vitenskapelig kvalitet
- økt verdiskaping i næringslivet
- møte store samfunnsutfordringer

- et velfungerende forskningssystem
- god rådgivning

Bevilgninger til drift av Forskningsrådet er samlet på Kunnskapsdepartementets budsjett jf. Verksamdomskostnader, kap. 285, post 55.

Den samlede måloppnåelse for virksomheten og økonomisituasjonen i Norges forskningsråd er omtalt i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon for 2023.

Fra 2023 foreslås det at hovedaktiviteten legges innenfor målet «Helse» siden dette er en prioritet i langtidsplan for forskning og høyere utdanning. Videre foreslås det at Forskningsrådet innenfor alle de aktuelle budsjettformålene prioriterer implementerings- og effektforskning. Aktivitetene der Helse- og omsorgsdepartementet er hoved- eller delfinansør hadde en samlet tildeling på 528 mill. kroner i 2021. Departementets andel av dette var 73 pst. I 2020 var de tilsvarende tallene 458 mill. kroner for samlet tildeling, hvorav 65 pst. var fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den resterende finansieringen er midler fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Kunnskapsdepartementet, Utenriksdepartementet, Klima- og miljødepartementet og Kulturdepartementet. Reduksjonen til Forskningsrådet som ble gjennomført i 2020 og 2021 ble konsekvensjustert tilbake i budsjettet for 2022. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer tre budsjettformål, tidligere omtalt som program. Dette er «Gode og effektive helse-, omsorgs-, og velferdstjenester» (HelseVel), «God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering» (Behandling), og «Bedre helse og livskvalitet» (Bedrehelse).

Utenriksdepartementet delfinansierer Helse- og omsorgsdepartementets budsjettformål «Global helseforskning». I tillegg finansieres en strategisk satsing om forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet og Forskningscentre for klinisk behandling. I all finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet stilles det krav om brukermedvirkning i hele forsknings- og innovasjonsprosessen og at forskningsprosjekter skal vurderes ut fra både vitenskapelig kvalitet og nytte for sluttbruker. De regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning fungerer som en strategisk dialogarena mellom de regionale helseforetakene og Forskningsrådet.

Forbruksandelen på midlene fra Helse- og omsorgsdepartementet ligger i 2021 på 125 pst., i 2020 lå den på 45 pst. Som for 2020 er det også i 2021 variasjon på forbruket mellom de ulike aktivitetene. I årsrapporten forklarer Forskningsrådet

at forbruk over 100 pst. oppstår når det midlertidig er satt i gang flere prosjekter med et forbruk som er høyere enn årets disponible budsjett gir grunnlag for. Over tid skal forbruket være likt med departementets bevilgninger. Budsjettformålene BedreHelse, Behandling og HelseVel har en forbruksprosent i 2021 på hhv. 47 pst., 50 pst. og 64 pst., mens fellesprogrammet i EU på nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer (JPND) har en forbruksprosent på 176 pst. grunnet overforbruk i strategisk viktige utlysninger i perioden 2018–2020. Økt utlyst beløp har bidratt til at Norge har hevdet seg i konkurransen og koordinert flere prosjekter.

Basert på klassifiseringen av porteføljen i Forskningsrådet, etter helsekategori og forskningsaktivitet fra Health Research Classification System (HRCS) med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2021, er det størst forskningsaktivitet av generell helserelevans som enten er relevant for alle sykdommer og tilstander, eller for folkehelseforskning, epidemiologi og tjenesteforskning. Etter dette kommer forskningskategoriene psykisk helse og infeksjonssykdommer. Psykisk helse har en andel på 19,9 pst., omtrent som året før. Det er minst forskning på medfødte lidelser, blod, nyrer, urinveier, kjønnsorgan og øye. For den totale helseporteføljen er det også mest forskning på generell helserelevans, deretter kreft og psykisk helse og minst på skader og ulykker, nyrer, urinveier, kjønnsorgan og øre. Når en sammenlikner Forskningsrådets nevnte finansiering i 2021 med sykdomsbyrde (DALY) i Norge for en rekke sykdommer/helsekategorier for 2019, finner en at den største sykdomsbyrden er på ikke-smittsomme sykdommer, deretter på svulster, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser og deretter psykiske lidelser m.m. Sammenhengen mellom hva det forskes på og sykdomsbyrde gir grunnlag for en analyse av prioriteringer, for eksempel innenfor folkehelse.

Budsjettformål

Forskningsrådets helseportefølje har gitt og gir kunnskap, innovasjoner og løsninger av høy kvalitet og relevans for forebyggende helsearbeid, diagnostikk, mer persontilpasset behandling og bedre helse- og omsorgstjenester. Helseforskere innenfor hele denne bredden bidrar i prosjekter relatert til covid-19 i nasjonalt og internasjonalt samarbeid. Registreringer i Cristin viser en betydelig økning i vitenskapelige publikasjoner fra prosjekt finansiert av Forskningsrådet i perioden 2016–2020 innenfor alle fagområder, bortsett fra

landbruks- og fiskerifag og humaniora. Når vi ser på den delen av publikasjoner som er blant de 10 pst. mest siterte, som indikasjon på stort vitenskapelig gjennomslag, er delen relativt høy nasjonalt. Den er høyest innenfor samfunnsvitenskap og medisin. Delen er gjennomgående høyere for forskning finansiert av Forskningsrådet enn det nasjonale nivået.

De fleste virkemidlene som benyttes av budsjettformålene finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet fremmer samarbeid nasjonalt gjennom krav i utlysningene. Graden av samarbeid har økt i takt med finansieringen. I prosjekter der universitets- og høyskolesektoren (UoH-sektoren) er prosjektledere skjer mest samarbeid med samme sektor i utlandet, men også nasjonalt. Når kommuner er prosjektledere i innovasjonsprosjekter for offentlig sektor samarbeider de mest med forskningsinstitutter, andre kommuner og UoH-sektoren. Helseforetak samarbeider oftest med andre helseforetak når de er prosjektansvarlige, men også mye med UoH-sektoren.

EUs rammeprogram for forskning og innovasjon 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). I 2021 startet EUs niende rammeprogram, Horisont Europa opp. Helse er fortsatt et eget prioritert område slik det også var i Horisont 2020 (2014–2020).

De første publiseringene av resultatene fra Horisont Europa kom først i 2022, og innebar positive resultater for Norge. Per april 2022 har Norge hentet tilbake 2,7 pst. av utlyste midler i helseprogrammet i Horisont Europa. Dette kan sammenlignes med den endelige returandelen fra helseprogrammet i Horisont 2020 som var på 1,5 pst. etter at de ikke-konkurransutsatte bevilgningene for Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), med sekretariat i Norge, er tatt ut av beregningen. CEPI er en viktig koalisjon for Europakommisjonen, og vil fortsette å samfinansiere utlysninger med CEPI også i Horisont Europa. Av 91 innsendte søknader, med norsk partner til helseklyngen, er 20 innvilget finansiering. Dette tilsvarer en suksessrate som er 5 prosentenheter høyere enn for søknader fra alle land, og tilsvarer 107 av 612 søknader. Norske organisasjoner er så langt koordinator for fire av prosjektene i helseprogrammet i Horisont Europa, mot 22 i hele Horisont 2020. Instituttsektoren er innvilget mest midler etterfulgt av helseforetakene, universitets- og høg-

skolesektoren og deretter næringslivet. Folkehelseinstituttet har hentet mest, etterfulgt av Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo.

Norge har så langt bekreftet deltakelse i alle de åtte nye helsepartnerskapene gjennom Horisont Europa og deltar i Mission Cancer. Partnerskapene er tematisk knyttet til global helseforskning, risikovurdering ved bruk av kjemikalier (toksikologi), helsesystem, tjenesteforskning, teknologier innenfor helse og forskerdrive kliniske studier, persontilpasset medisin, sjeldne sykdommer/diagnoser, en-helseperspektivet AMR og beredskap ved pandemier.

Euratoms forsknings- og kompetanseprogram komplementerer EUs forsknings- og innovasjonsprogram, Horisont Europa. Norsk deltakelse videreføres fra 2023. 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 viderefører finansieringen av programmet med 2 mill. kroner årlig.

De felleseuropeiske forskningsprogrammene Joint Programming Initiative har vært de europeiske landenes virkemiddel for å koordinere, samordne og effektivisere forskningsinnsatsen på ti felles definerte samfunnsutfordringer. 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). Flere av disse vil være en del av de nevnte partnerskapene.

Forskningsrådet har det operative ansvaret for å følge opp forsknings- og teknologiavtalen med Japan som også inneholder en prioritering av helse-, omsorgs-, og velferdsteknologi.

Bedre helse og livskvalitet (Bedre helse)

Budsjettformålets områder er i kjernen av store samfunnsutfordringer for vår tid, knyttet til inkludering, bærekraft og medborgerskap. Budsjettformålet skal bidra med kunnskap om helsetilstanden i befolkningen, og hva som påvirker helsen og hvilke helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak som har effekt. Dette inkluderer tverrfaglig og tverrsektoriell forskning innenfor bl.a. psykisk helse, fysisk aktivitet, rus og ernæring. Det inkluderer også forskning på bedre helse for sårbare grupper i lav- og lavere mellominntektsland og må

være relevant for FNs bærekraftsmål nummer 3. I 2021 hadde Bedre helse en portefølje på i alt 101 pågående prosjekter mot 64 i 2020. Avsluttede prosjekter i 2021 omhandler sammenhengen mellom miljøgifter og barns helse og CFS/ME.

Generell helserelevans var i 2021 den største kategorien, som for 2020, med 33 pst. Psykisk helse var, som i 2020, det største enkelttemaet i HRCS med en tildeling på 31 pst. av midlene. Dette er et stort og viktig område, men det er fortsatt behov for bedre kunnskapsgrunnlag for effektive folkehelseiltak og politikktutforming. Infeksjon er også relativt stor med 16 pst., og inneholder i hovedsak forskning innenfor AMR og Covid-19-relevant forskning. Redusert sosial ulikhet i helse, som er den største driveren for å fremme folkehelse, har vært et gjennomgående perspektiv i de fleste utlysningene.

Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HelseVel)

Budsjettformålet skal bidra til forskning og innovasjon på god kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs-, og velferdstjenestene gjennom tjenesteforskning, samt styrke grunnlaget for kunnskapsbasert utdanning og yrkesutøvelse på tvers av sektorer. HelseVel finansieres av Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Kunnskapsdepartementet, med Helse- og omsorgsdepartementet som hovedfinansør.

I 2021 ble 14 prosjekter med finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet avsluttet. Dette var prosjekter som bl.a. integrerte tjenester for personer med rusavhengighet, unges psykiske helse, bruk av chatbots, og digitale verktøy for sosial inkludering og helse hos unge. Videre om vold og overgrep mot eldre, pasientforløp for eldre og kvalitet i ledelse av primærhelsetjenesten, arbeidsmodeller for sykepleiere i akutt-mottak og i kommunehelsetjenesten med mer.

HRCS-analysene gjennomført for den delen av budsjettformålet med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet viser at omlag 63 pst. av prosjektene i 2021 er innenfor generell helserelevans, slik det også var i 2020. Forskning om psykisk helse mottar om lag 20 pst. av midlene og er et av områdene som ofte inngår i prosjekter som går på tvers av tjenesteområder. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er det tjenesteområdet som mottar størst andel av midlene. Dette kan ha sammenheng med at Forskningsrådet er en av de viktigste kildene til forskning på området. Mye av tjenesteforskningen omhandler spesialisthelsetjenesten. Dette er det nest største tjenestefeltet

og er en nesten like stor målgruppe for forskningen som de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Budsjettformålet støtter også bl.a. norsk deltakelse i European Partnership on Transforming Health and Care Systems (THCS). Fra 2011 er det øremerket 11 mill. kroner årlig til Senter for omsorgsforskning. Resterende finansiering oppnås gjennom de konkurransebaserte forskningsarenaene. Senteret er regionalt lokalisert ved fem høgskoler og universitet med helse- og sosialutdanning, med NTNU Gjøvik som koordinator. Senteret har etablert praksisnære forskningsmiljøer, og lagt grunnlag for utvikling av et forskningssvakt felt.

God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling)

Budsjettformålet 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 er prioritert. Forskningsrådet skal prioritere forskning som har som formål å bedre kunnskapen og behandlingstilbudet til ME-pasienter. Innenfor budsjettformålet er det i underkant av 100 pågående prosjekter, herunder ordningen for Forskningscentre for klinisk behandling. Sentrene skal være med på å bedre behandlingen av norske pasienter gjennom fremragende forskning.

Vitenskapelig publisering er redusert fra 198 i 2020 til 151 i 2021. Det er en ytterligere nedgang fra 2019, og nivået er sammenlignbart med nivået i 2017. Den negative trenden i brukerrettet formidling de siste årene har snudd fra 121 i 2020 til 167 i 2021.

I 2021 ble det innvilget tre søknader til forskningscentre for klinisk behandling (FKB), dette er innenfor hhv. hodepine ved NTNU (NorHEAD), kreft ved Oslo universitetssykehus (Matrix) og revmatologiske sykdommer ved Diakonhjemmet sykehus (Remedy), fra før er det etablert et senter i nevrologi, Neuro-SysMed. Matrix er samfinansiert med Kreftforeningen.

HRCS-analysene viser at innsatsen har bidratt til å styrke den klinisk anvendte forskningen og forskning for samfunnsutfordringer, som f.eks. kreft og psykisk helse. Hjerne og kar-relatert forskning er økt til 11 pst., mot 6,2 pst. i 2020, og er nå tredje størst etter hjernen og nervesystemet.

Den høye innsatsen innenfor hjernen og nervesystemet er pga. FKB-et Neuro-SysMed, som fokuserer på sykdommene multiple sklerose, Parkinson, ALS og demens. Infeksjonsrelatert forskning er redusert fra 11,7 pst. i 2020 til 7,8 pst. i 2021, men er fortsatt høyere enn i 2019. En forklaring på dette kan være et midlertidig skifte til å løse de akutte pandemiutfordringene. Forskning på hjerneslag økte til 4,1 pst. i 2021, opp fra 2,8 pst. i 2020. Forskning på muskel- og skjelettlidelser og multimorbiditet er mindre representert, men i vekst. Begge sistnevnte områder er forskningssvake og representerer store samfunnsutfordringer og sykdomsbyrde for både pasienter og pårørende. FKB-senteret Remedy, som skal forske på revmatologi og muskelskjelettsykdommer, vil kunne gi økt innsats innenfor muskel- og skjelettsykdommer.

Global helse- og vaksinasjonsforskning (Globvac)

Budsjettformålet Globvac skal bidra med forskning på bedre helse for sårbare grupper i lav- og lavere mellominntektsland og må være relevant for FNs bærekraftsmål «God helse for alle». 2021 var det første året for Globvacs tredje periode. I 2021 var det 32 pågående prosjekter knyttet til budsjettformålet. Tre av de avsluttede prosjektene i 2021 omhandlet AMR og er forskningssamarbeid med India.

Globvac finansierer bl.a. norsk deltakelse i partnerskapet EU-Africa Global Health Partnership (EDCTP3) under Horisont Europa. Formålet er å støtte internasjonalt samarbeid som fremmer kliniske studier mot fattigdomsrelaterte infeksjonssykdommer, inkludert neglisjerte tropiske sykdommer, som rammer Afrika sør for Sahara. Partnerskapet vil også bidra til å bygge forskningskapasiteten i området. Videre deltakelse i partnerskapet er bl.a. en del av oppfølgingen av nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021–2025).

HRCS-analysen viser at over 75 pst. av midlene klassifiseres som forebygging. Årsaksforhold utgjorde 11 pst., mens tjenesteforskning har økt til 10 pst. Innenfor helsekategoriene er infeksjon fortsatt størst med 62 pst., mens generell helserelevans har økt til 15 pst. Det forventes endringer i dette bildet fremover pga. justerte prioriteringer i den nye satsingen, noe som har gitt en markant økt andel prosjekter innenfor helsesystem- og helsetjenesteforskning, og implementeringsforskning. Disse er alle i oppstartsfasen. Kun ett av prosjektene inngår i prioriteringen på ikke-smittsomme sykdommer. For å øke denne typen

forskning deltar Forskningsrådet i 2022 i en internasjonal utlysning rettet mot forebygging av ikke-smittsomme sykdommer.

Helseinnovasjon

Utviklingsløp innenfor helse tar ofte lang tid, er kostnadskrevende og komplekse. Det kreves god samhandling mellom næringslivet og det offentlige. Etableringen av Pilot Helse skal bidra til bærekraft i helse- og omsorgstjenestene og verdiskaping i norsk helsenering. Offentlig sektor og bedrifter skal sammen etablere et behovsdrivet innovasjonsløp. Målet er at nye løsninger skal komme raskere ut til pasienter og innbyggere. Forskningsrådet samarbeider med de regionale helseforetakene, KS, SIVA og Innovasjon Norge om utlysninger og vurdering av søknader. Ordningen har bidratt til økt dialog og samspill mellom næringen og tjenestene og mobilisert søkere til denne og andre relevante ordninger. Forskningsrådet vurderer at Pilot Helse treffer behovet i helsesektoren og næringsmulighetene godt.

Forskningsrådet mottok over 100 søknader om Pilot Helse forprosjekter i 2021, noe som viser at ordningen treffer aktørene godt og at det er stor interesse og økende behov for offentlig-privat samarbeid i helsesektoren. Det ble bevilget midler til 29 forprosjekter.

HRCS-analysen som inneholder andre virkemidler i Forskningsrådets portefølje viser at innsatsen innenfor kreft er høyest med 24,4 pst., tett fulgt av generell helserelevans, deretter infeksjoner og hjerte og kar, nederst ligger innsatsen på skader og ulykker, medfødte lidelser og nederst innsats knyttet til øre.

Strategiske satsinger

Strategiske satsinger er aktiviteter som ikke organiseres gjennom eget budsjettformål. 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. Forskningsrådet finansierer en stor bredde kvinnehelseprosjekter. Med en nøktern definisjon av kvinnehelse er det de siste årene investert i snitt rundt 100 mill. kroner årlig i kvinnehelseprosjekter. Nær halvparten av prosjektene er knyttet til forplantning og fødsel, og kreft og psykisk helse er store temaer. Det har samtidig vært få prosjekter innenfor endometriose, abort, overgangsalder, menstruasjon eller hormon- og stoffskiftesykdommer. Kjønnsperspektivet skal ivaretas slik at dagens helseforskning i sterkere grad skal åpne for problemstillinger knyttet til ulikheter mellom kjønnene, jf. Likestillingsmeldingen (2015–2016).

Evalueringer

Følgeevalueringen av Omsorg 2020 startet opp i 2017. Helse- og omsorgsdepartementet ga Norges forskningsråd i oppdrag å administrere evalueringen. Evalueringen av Omsorg 2020 ble avsluttet i 2022. Det vises til kap. 761, post 21 for nærmere omtale av evalueringen.

HelseOmsorg21-rådet og HelseOmsorg21-monitor

HelseOmsorg21-rådet og HelseOmsorg21-monitor er to viktige tiltak i HelseOmsorg21-strategien. Fra 2020 er det etablert et nytt HelseOmsorg21-råd med 16 medlemmer. Rådet har en viktig rolle som arena for dialog og møteplass på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor. Rådet skal bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, verdiskaping og næringsutvikling. HelseOmsorg21-monitor (HO21-monitor) viser statistikk om forsknings- og innovasjonsaktiviteter innenfor helse og omsorg i Norge. Formålet er å samle relevant statistikk på ett sted og gi et godt kunnskapsgrunnlag for beslutninger på alle nivå. Forskningsrådet har arbeidet med å videreutvikle monitoren.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	58 967	44 211	21 986
79	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	68 925	80 621	57 164
	Sum kap. 781	127 892	124 832	79 150

Post 21 Spesielle driftsutgifter

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

- Det foreslås å redusere bevilgningen med 1 mill. kroner som følge av omdisponering av midler til prosjekt om å digitalisere tilskuddsforvaltningen i Helsedirektoratet
- Det foreslås å flytte 12,9 mill. kroner til kap. 732, post 70 knyttet til nasjonal kompetansenetttverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren (InnoMed)
- Det foreslås å flytte 2,5 mill. kroner til kap. 740, post 01 knyttet til forvaltning av stråle- og radiologidata til Norsk pasientregister
- Bevilgningen foreslås redusert med 6,9 mill. kroner som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01. Midlene skal bl.a. gå til arbeid på kreftfeltet og biomedisin.
- Bevilgningen under posten er redusert med 52 000 kroner som følge av at det i Saldert budsjett 2022 ble beregnet for mye i kompensasjonen ved innføring av ny premiemodell i Statens pensjonskasse, jf. omtale under kap. 2 del I.

Bevilgningen dekker utgifter til ulike utviklingsprosjekter i helse- og omsorgstjenesten. Nedenfor omtales enkelte tiltak.

Arbeid og helse

Arbeidsdeltakelse er i mange tilfeller helsefremmende. Mange med ulike helseproblemer som står utenfor arbeidslivet har behov for samtidig bistand fra både arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgstjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen bør derfor samarbeide for å møte brukernes behov for tjenester, og bidra til å nå målet om økt

arbeidsdeltakelse, bedre helse og livskvalitet. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet viderefører derfor i 2023 samarbeidet for å bedre tjenestetilbudet til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid. Dette tverrsektorielle samarbeidet har bidratt til å utvikle tilbud til personer med behov for samtidige tjenester fra helse- og omsorgstjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet arbeider med å videreutvikle arbeids- og helseområdet som fagfelt. Direktoratene har et nasjonalt fagråd for arbeid og helse som skal styrke myndighetenes fagrolle ved å gi kunnskapsbaserte råd. Direktoratene reviderte i 2021 sin «Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse» og samarbeider om oppfølgingen. Strategien vektlegger bl.a. tidlig innsats, større satsing på lokale aktører og tverrsektoriell kunnskaps- og kompetansebygging. Direktoratene er også i gang med å utarbeide felles nasjonale faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen fagområdet.

Det er over tid utviklet flere samhandlingsmodeller for personer med behov for samtidige og samordnede tjenester fra arbeids- og helsesektoren. Individuell jobbstøtte (IPS), Skole- og Jobb-Resept, Jobbmestrende oppfølging (JMO) og HelseIArbeid er eksempler på dette. Det er godt dokumentert at tiltak som IPS og JMO gir gode resultater. Se nærmere omtale under kap. 765, post 73. HelseIArbeid er en modell for tjenestesamhandling og forebyggende tiltak rettet mot arbeidslivet. Tiltaket er rettet mot personer som står i fare for å bli sykmeldt eller falle ut av arbeidslivet grunnet muskel-, skjelett- og/eller alminnelig psykisk lidelse. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede tiltak for tettere og mer systematisk tjenestesamhandling og foreslå modeller for tjenestesamhandling særlig rettet mot personer med

psykiske helseutfordringer og/eller ruslidelser, især gruppen med milde til moderate psykiske lidelser som har behov for samtidige eller samordnede tjenester.

I 2021 kartla statsforvalteren, i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten, tjenestesamhandling mellom NAV-kontor og helse- og omsorgstjenester. Basert på denne kartleggingen skal statsforvalteren, NAV Fylke og kommunene i 2022 utvikle tiltak for å styrke samhandlingen om felles tjenestemottakere/pasienter lokalt.

For å styrke fagfeltet arbeid og helse, vektlegger Helsedirektoratet helsegevinsten av å være i arbeid gjennom råd og veiledning til tjenesteutøvere knyttet til kvalitet i sykmeldingsarbeidet.

Fra 2018 ble øremerkede midler til Raskere tilbake-ordningen overført til de regionale helseforetakene for å videreføre arbeidsrettede behandlingstilbud til personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Det ble samtidig satt av midler til en forskningsbasert evaluering av omleggingen, monitorering og kunnskaps-spredning av tiltak og modeller med god effekt. Midler til formålet videreføres, jf. kap. 732, post 70.

Det vises til nærmere omtale av arbeid og helse i Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjettproposisjon.

Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

Det er besluttet at pakkeforløp psykisk helse og rus endrer navn til nasjonale pasientforløp fra 1. januar 2023, og Helsedirektoratet arbeider med å videreutvikle forløpene. Dette gjøres på bakgrunn av kunnskapsbasert metodikk og med bred involvering for å sikre god forståelse av behovet for endringer.

Alle tjenester innen psykisk helsevern, både for barn, unge og voksne, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er per i dag organisert som pasientforløp. Det vil si at alle pasienter og brukere som tas inn til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten er i nasjonale pasientforløp.

Det er utarbeidet og publisert to nye normerende produkter; kapittel «Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose» i pakkeforløp Rusbehandling (TSB), gjeldende fra 1. januar 2022 og kapittel «ADHD og andre nevro utviklingsforstyrrelser» i pakkeforløp for barn og unge, psykiske lidelser gjeldende fra 1. mars 2022. Arbeidet med familiemodul og oppfølging av ROP-pasienter tas inn i nye nasjonale faglige råd.

Helsedirektoratet samarbeider med relevante statlige kompetanse- og fagmiljøer for å understøtte implementerings- og opplæringstiltak.

Indikatorer og evaluering

Det er etablert egne koder, indikatorer og et dashboard for å følge med på og for å måle resultatene av pakkeforløpene. Det er publisert nye nasjonale kvalitetsindikatorer i 2021.

Pakkeforløpene har blitt fulgt av en flerårig evaluering utført av Sintef som skal sikre kunnskap om hvordan pakkeforløpene for psykisk helse og rus erfares av brukere, pasienter, pårørende og tjenesteytere, samt innhente kunnskap om hvorvidt pakkeforløpene oppfyller myndighetenes intensjoner. Et viktig mål med evalueringen er at den har bidratt til justeringer av pakkeforløpene underveis, sist gjennomført i 2020. Skifte av EPJ-systemer i flere helseforetak, samt ekstra arbeidsbelastning pga. pandemien, har vært utenforliggende faktorer som har forsinket implementeringen av forløpene. Sintef-rapportens samlede analyse av brukere og pårørendes erfaringer, koblet med fagfolks erfaringer og praksis (2021), viser at en god del gjenstår for å oppnå tilstrekkelig brukermedvirkning, mer sammenhengende forløp og bedre oppfølging av somatisk helse og levevaner. På grunn av pandemien ble det i 2021 besluttet å utsette den siste evalueringen Sintef skal gjøre til 2023. De ble gitt et nytt oppdrag om å gjennomføre en brukerundersøkelse i 2022.

Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)

Nasjonal kreftstrategi «Leve med kreft» (2018–2022) legger grunnlaget for at norsk kreftomsorg skal bli enda bedre. Det skal fortsatt være høyt nivå på diagnostikk og behandling, men det skal i tillegg være større oppmerksomhet på pasientenes psykososiale behov og behovet for oppfølging etter avsluttet kreftbehandling. For nærmere omtale av innholdet i kreftstrategien vises det til Prop. 1 S (2018–2019). Gjeldende kreftstrategi utvides med ett år til 2023. Det tas sikte på å legge fram en ny kreftstrategi i 2024.

Helsedirektoratets rapporter tilknyttet kreftområdet, bl.a. om seneffekter etter kreftbehandling og kreftkirurgi, vurderes jevnlig for oppdatering. I 2022 arbeides det med å utarbeide en oppdatert rapport om kreftkirurgi.

Nasjonale handlingsprogram for kreft

Helsedirektoratet jobber kontinuerlig med oppdatering av de 26 nasjonale handlingsprogrammene for kreft. Omtale av arvelig kreft, patologi/molekylærpatologi, persontilpasset medisin, fastlegenes rolle og palliasjon inkluderes i de aktuelle handlingsprogrammene for kreft.

Pakkeforløpene for kreft

Helsedirektoratet har en følge-med oppgave tilknyttet pakkeforløpene for kreft. Disse revideres ved behov. I 2022 oppdateres de bl.a. med informasjon om «Pakkeforløp hjem» for pasienter med kreft. Betegnelsen pakkeforløp for kreft videreføres inntil videre, mens betegnelsen nasjonale pasientforløp innføres for psykisk helsevern og rusbehandling og de kommende forløpene for smerte og utmattelse.

Nasjonale screeningprogrammer

Helsedirektoratet leder styringsgruppene for de nasjonale screeningprogrammene for kreft, og utreder om det skal etableres nye screeningprogrammer og foretas endringer i eksisterende programmer. Direktoratet utreder lungekreftscreening i Norge og utvidelse av målgruppen for Mammografiprogrammet.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helse-tjenesten, samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling. Pakkeforløpet skal bidra til mer systematisk avdekking av pasientenes individuelle behov som går utover selve kreftbehandlingen, og bidra til at behovene som må følges opp formidles videre gjennom tydelig kommunikasjon og plassering av ansvar for videre oppfølging.

Pakkeforløpet ble publisert 1. januar 2022, og implementeringsarbeidet pågår både nasjonalt og regionalt, jf. utarbeidet implementeringsplan.

Overgrepsmottak

Helsedirektoratet publiserte ny Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak i juni 2021. Den nye retningslinjen gir anbefalinger om ansvarsforhold, organisering, samhandling og kompetanse for overgrepsmot-

tak. Helsedirektoratet utarbeidet også informasjonsmateriell til bruk av landets overgrepsmottak for å gjøre mottakene kjent for befolkningen. Oppfølging av implementeringen av ny nasjonal faglig retningslinje planlegges gjennomført i 2022 og 2023.

Post 79 Tilskudd

Bevilgningen dekker bl.a. tilskudd til utviklings- og kompetansehevende tiltak innenfor enkelte områder av helsetjenesten.

Det foreslås å avvikle tilskuddene til Kreftlinjen, Diabetesforbundet, Norsk pasientforening og Landsforeningen for uventet barnedød fra 2023. Forslaget er en del av, og må sees i sammenheng med, områdegjennomgangen av enkeltstående tilskudd til navngitte mottakere, jf. nærmere omtale under kap. 2. Det foreslås å flytte 2 mill. kroner til kap. 761, post 71 for å styrke det søknadsbaserte tilskuddet til frivillige og ideelle organisasjoner. Det foreslås videre å flytte 7,7 mill. kroner til kap. 762, post 21 til arbeid med diabetes. Det vises til nærmere omtale under kap. 761 og 762.

Det foreslås 2 mill. kroner til Norske Kvinners Sanitetsforening for arbeidet med flerkulturell doula.

Følgende tiltak fra saldert budsjett 2022 foreslås videreført i budsjettforslaget for 2023:

- Utvikle og styrke etisk kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, innvilges Universitetet i Oslo. Øvrig tilskudd til senteret er omtalt under kap. 761, post 21.
- Norsk ressursgruppe for organdonasjon (Norod)
- Nasjonalt faglig nettverk for organdonasjon til transplantasjon (NFNOT)
- Stiftelsen organdonasjon
- Nasjonalt medisinsk museum
- Standard Norge
- Rekruttering av blodgivere – Røde Kors. Tilskuddet utbetales til Norges Røde Kors.
- 26,5 mill. kroner til Blå Kors Kompasset. Blå Kors har utviklet modeller og tiltak som kan nå barn som er pårørende.
- 1,1 mill. kroner til onkologiske faggrupper

Bevilgningen foreslås redusert med 1,5 mill. kroner knyttet til ivaretagelse og videreføring av departementets arbeid som beredskapsorganisasjon, samt oppfølging av Koronakommisjonens anbefalinger om justeringer i norsk helseberedskap.

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	85 805	64 977	33 894
61	Tilskudd til kommuner	160 306	193 338	218 540
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	16 126	28 337	30 073
	Sum kap. 783	262 237	286 652	282 507

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

- Bevilgningen under kap. 783, post 21, foreslås redusert med 2,8 mill. kroner som følge av ivaretagelse og videreføring av departementets arbeid som beredskapsorganisasjon, samt oppfølging av Koronakommisjonens anbefalinger om justeringer i norsk helseberedskap.
- Bevilgningen under kap. 783, post 21, foreslås redusert med 9,5 mill. kroner, som følge av flytting av faste oppgaver til Helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 740, post 01. Midlene skal bl.a. gå til arbeid med spesialistgodkjenning.
- Bevilgningen under kap. 783, post 21, foreslås økt med 2,4 mill. kroner til videre innfasing av LIS1-stillinger.
- Bevilgningen under kap. 783, post 61, foreslås økt med 46,3 mill. kroner til videre innfasing av LIS1-stillinger.
- Bevilgningen under kap. 783, post 61, foreslås redusert med 27 mill. kroner til utfasing av 100 midlertidige LIS1-stillinger.
- Bevilgningen under kap. 783, post 79, foreslås økt med 0,9 mill. kroner til videre innfasing av LIS1-stillinger.

Helsedirektoratet har viktige oppgaver med å analysere behovet for helsepersonell, å kvalitetssikre at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse, og ivareta enkelte oppgaver innen utdanning. Dette innebærer å skaffe kunnskapsgrunnlag for analysearbeid ved å utvikle og vedlikeholde ulike registre, og å forestå faglige utredninger på området. Godkjenningsordningene skal sikre at helsepersonellet innehar den kompetansen som er nødvendig for yrkesutøvelsen. De må innrettes slik at de

sentrale målsetningene for den helhetlige helse- og omsorgstjenesten ivaretas. Videre har Helsedirektoratet spesifikke oppgaver knyttet til utdanning og veiledning av helsepersonell.

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, LIS1. Det vises til omtale i kap. 732, post 70. Kommunene skal i 2023 ta imot legene i de 100 LIS1-stillingene som ble opprettet i 2021, en økning på 50 LIS1-stillinger fra 2022. Bevilgningen foreslås økt med 38,5 mill. kroner til disse stillingene i 2023. I statsbudsjettet for 2022 ble antallet LIS1-stillinger økt med 62, der halvparten hadde oppstart høsten 2022 og resten våren 2023. Det foreslås å redusere denne økningen, slik at stillingene som skulle bli opprettet våren 2023 ikke blir opprettet. De 31 gjenværende stillingene skal på sikt bindes til spesialiteter på tjenesteområder med særlig behov for rekruttering av legespesialister, som psykiatri. Disse 31 stillingene kommer i kommunehelsetjenesten i 2023. Bevilgningen foreslås økt med 7,75 mill. kroner til disse stillingene i 2023. Midlene til de 100 midlertidige stillingene som ble opprettet i 2020 fases ut. Dette gir en reduksjon på 27 mill. kroner. Bevilgningen på kap. 783, post 61 foreslås i sum økt med 19,25 mill. kroner i forbindelse med videre innfasing av nye LIS1-stillinger.

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 leger i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet er eier og faglig forvalter av HPR og LSR. Dagens versjon av registrene ble etablert i 2012/2013 og lagt over på grunndataplattformen til Direktoratet for e-helse. Det er løpende behov for å utvikle registrene slik at de treffer godt på behovene i hele tjenesten. Dette inkluderer å digitalisere, forenkle datainnsamling og trekke på andre registre i forbindelse med analyser mv.

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. Nær 27 pst. av de 24 000 søknadene om autorisasjon og lisens som Helsedirektoratet behandlet i 2021 var fra helsepersonell utdannet i utlandet. Forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits fra 2017 stiller krav om språktest og kurs i nasjonale fag for de 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. Gjennomføring av tilleggskravene gir søkerne økte kostnader for å oppnå autorisasjon.

Helsedirektoratet mottok i 2021, som i 2020, flest søknader fra søkere med utdanning fra Danmark, Polen og Sverige. Pakistan skiller seg betydelig ut som utdanningsland i 2021 sammenlignet med tidligere år. Antall søknader økte med 42 pst. fra 350 i 2020 til over 600 i 2021.

Kompletteringsprogrammet for kandidater med utdanning i psykologi fra ELTE-universitetet i Ungarn ble videreført i 2021. Programmets kull 2 var ferdig i april 2021. Samtidig startet kull 3 i tiltaket. I oktober 2021 startet siste gruppe som besto av kandidater som ikke hadde kunnet følge det kullet de tilhørte.

Autorisasjon av nye grupper

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo i Prop. 236 L (2020–2021) *Endringer i helsepersonelloven*

(*autorisasjon av naprapater, osteopater og paramedisinere*) å autorisere naprapater, osteopater og paramedisinere etter helsepersonelloven. Stortinget vedtok at gruppene skal autoriseres 8. mars (Lovvedtak 47 (2021–2022)). Det var klart for at gruppene kunne søke om autorisasjon fra 1. mai 2022.

Stortinget besluttet samtidig at også manuelle terapeuter skal inntas i autorisasjonsordningen. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet arbeider med å klargjøre for at denne gruppen kan søke om autorisasjon fra 1. januar 2023.

Legenes spesialistutdanning og tilhørende godkjenningsordninger

Helsedirektoratet har gitt spesialistgodkjenning til 1 485 leger i 2021, fordelt på 46 legespesialiteter, en økning fra 1 367 spesialistgodkjenninger i 2020. Det ble gitt 337 godkjenninger i den største spesialiteten allmenntilleggsmedisin, 152 godkjenninger i den største sykehusspesialiteten indremedisin, og 101 godkjenninger i spesialiteten psykiatri. Målet om at 90 pst. av søknadene skulle behandles innenfor Helsedirektoratets saksbehandlingsfrist ble ikke nådd i 2021. Årsaken er økende andel kompliserte søknader fra utlandet og økende antall søknader om godkjenning av LIS1 læringsmål på bakgrunn av utdanning fra utlandet.

For å tilby spesialistutdanning for leger kreves det godkjenning (for sykehus) eller registrering (for kommuner) i Helsedirektoratet. Behandling av søknader er ressurskrevende og tar tid, både for Helsedirektoratet, Legeforeningens spesialitetskomiteer og for kontaktpersoner og utdanningsansvarlige i virksomhetene. Det pågående arbeidet og dialogen med virksomhetene i forbindelse med søknadsprosessen bidrar til økende bevissthet om gjennomføring av spesialiseringssøknadene og vil heve kvaliteten på spesialistutdanningen.

Bevilgningen på kap. 783, post 21 og post 79 foreslås økt med hhv. 2,4 mill. kroner og 0,9 mill. kroner i forbindelse med videre innføring av nye LIS1-stillinger. Det vises til omtale under kap. 732, post 70.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 469, 13. februar 2019

«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 Stortingets behandling av Representantforslag om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, jmfør Dokument 8:3 S (2017–2018), Innst. 109 S (2017–2018).

Konteksten for vedtaket tilsier at vedtaket gjelder rekruttering av nyutdannede leger til LIS1-stillinger i rekrutteringssvake områder. Helsedirektoratet har gjennomført en evaluering av omleggingen av den tidligere turnusordningen til den første delen av spesialisingsløpet for leger, kalt LIS1. Direktoratet overleverte rapporten 9. juni 2021. Evalueringen viser at den nye ordningen med LIS1-stillinger har videreført en god geografisk fordeling av LIS1-leger til ulike deler av landet. Det er imidlertid visse utfordringer med frafall, spesielt i rekrutteringssvake områder. Regjeringen ser det derfor som viktig å særlig legge til rette for en bedre rekruttering av leger, og benytter ulike virkemidler for å oppnå dette.

Å rekruttere og stabilisere bemanningen ved de mindre sykehusene vil bl.a. kreve en mer systematisk innsats for å utvikle fagmiljøer og utdanne egne spesialister. De regionale helseforetakene fikk derfor i oppdrag for 2022 å iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene. I 2019 ble det opprettet 38 LIS1 stillinger som alle gikk til Nord-Norge. I 2022 ble det opprettet 31 LIS1-stillinger med kobling til rekrutteringssvake spesialiteter, herunder allmennmedisin.

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for bedre rekruttering til fastlegeordningen gjennom en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning i allmennmedisin. Departementet har nylig nedsatt et ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Den skal utrede nærmere hvordan både permanente og tidsavgrensede endringer i kompetansekrav og endringer i utdanningsløp for spesialistutdanning i allmennmedisin kan bedre rekrutteringen. I utredningen inngår å vurdere innretningen på den delen av allmennlegenes spesialisering som skal skje i sykehus, egne stillinger for ALIS i sykehus og hvordan mulighet for fast

lønn for leger som spesialiserer seg i allmennmedisin kan innrettes. Regjeringen vurderer at anmodningsvedtaket er oppfylt.

Kurs og veiledningstiltak

Det gis tilskudd til kurs og veiledningsprogram i regi av Statsforvalteren for del 1 av spesialistutdanningen for leger (LIS1) og for turnusfysioterapeuter, samt til personell som brukes som veiledere for LIS1 og turnusfysioterapeuter. Bevilgningen på kap. 783, post 21 foreslås økt med 2,4 mill. kroner i forbindelse med innfasing av nye LIS-stillinger.

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. Bevilgningen på kap. 783, post 79 foreslås økt med 0,9 mill. kroner i forbindelse med innfasing av nye LIS-stillinger.

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det gis tilskudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar imot turnuskandidater. Det forventes et stabilt antall kandidater de nærmeste årene.

Alternativ behandling

Formålet med bevilgningen er å sørge for kvalitetssikret informasjon som kan øke kunnskapen om bruk og eventuelle effekter av alternativ behandling, bidra til økt profesjonalitet og etisk bevissthet blant utøverne, samt bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Bevilgningen dekker utgifter til registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene (Altbas), tilskudd til Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam) og tilskudd til Nafkams avdeling Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (Nifab).

Nafkam har en viktig internasjonal rolle, som et av to europeiske samarbeidssentre for tradisjonell medisin i Verdens Helseorganisasjon (WHO). I WHO er Nafkams hovedansvarsområder kvalitet og sikkerhet innen alternativ behandling.

Programområde 30 Helsetjenester, folketrygden

Folketrygdens stønad til helsetjenester (kap. 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til nødvendige helsetjenester 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 staten ved de regionale helseforetakene 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 røntgeninstitutt, 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 også 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. Se omtale under programkategori 10.40 Sentral helseforvaltning.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	6 236 880	6 448 230	6 773 900	5,1
	Sum kategori 30.10	6 236 880	6 448 230	6 773 900	5,1

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
50–89	Overføringer til andre	6 236 880	6 448 230	6 773 900	5,1
	Sum kategori 30.10	6 236 880	6 448 230	6 773 900	5,1

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
70	Spesialisthjelp	2 310 286	2 530 000	2 607 400
71	Psykologhjelp	361 376	375 000	418 000
72	Tannbehandling	2 376 807	2 500 020	2 550 000
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	1 188 411	1 043 210	1 198 500
	Sum kap. 2711	6 236 880	6 448 230	6 773 900

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til spesialist- og psykologhjelp, tannbehandling og private laboratorier og røntgeninstitutt etter folketrygdloven kapittel 5.

Vesentlige endringsforslag, utover underliggende vekst og generell prisjustering:

- Det foreslås å underregulere takstene på folketrygdens refusjonsordninger for tannbehandling ved å flytte 10 mill. kroner fra kap. 2711,

post 72 til kap. 770, post 21 til utrednings- og utvalgsarbeid på tannhelsefeltet.

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. 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 158 mill. kroner fra 2020 til 2021, tilsvarende 7,3 pst. Den høye veksten skyldes særlig at aktiviteten var lav i 2020 på grunn av koronapandemien. Volumveksten i 2021 anslås samlet til 4,2 pst. Volumveksten i 2022 anslås til 1,5 pst. Honorartakstene ble økt 1. juli 2022 med 3,4 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2023.

Det vises til omtale av avtalespesialistene på kap. 732, post 76.

Tabell 4.17 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2020–2023 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
Kap. 2711, post 70	2 152	2 310	2 530	2 607
Volumvekst (anslag) ¹	-1,2 %	4,2 %	3 %	3 %

¹ Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

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 behand-

ling av barn og ungdom under 18 år, ved Hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling, er pasienten fritatt for å betale egenandel.

De regnskapsførte utgiftene økte med 22 mill. kroner til 361 mill. kroner i 2021, eller med 6,5 pst. Utgiftsveksten i 2021 skyldes i hovedsak en volumvekst anslått til 3,8 pst.

Honorartakstene ble økt 1. juli 2022 med 5,2 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2023.

Det vises til omtale av avtalespesialistene på kap. 732, post 76.

Tabell 4.18 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2020–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Endring
Psykolog	270,8	287,1	6 %
Nevropsykolog	53,6	59,1	10,3 %
Utdanningskandidat psykoterapi	12,9	12,8	-0,7 %
Avsetning til fond ¹	1,6	2,3	43,1 %
Sum	338,9	361,4	6,6 %

¹ Avsetning til fond ble relativt lave i 2020 og relativt høye i 2021 på grunn av at takstforhandlingene ble gjennomført på høsten 2020 og ikke våren. Fondsavsetning blir avtalt i forhandlingene.

Tabell 4.19 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2020–2023 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
Kap. 2711, post 71	339	361	375	418
Volumvekst (anslag) ¹	3,2%	3,8%	3%	3%

¹ Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Post 72 Tannbehandling

Vesentlige endringsforslag, utover underliggende vekst og generell prisjustering:

- Det foreslås å underregulere takstene på folketrygdens refusjonsordninger for tannbehandling ved å flytte 10 mill. kroner til kap. 770, post 21 til utrednings- og utvalgsarbeid på tannhelsetet.

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 til-

standene 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 egenandelstakordningen, jf. kap. 2752, post 72. 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 4.20 Regnskapsførte utgifter og aktivitetsvekst tannbehandling 2020–2023 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
Kap. 2711, post 72	2 034	2 376,8	2 500	2 550
Volumvekst (anslag) ¹	-6,9 %	4,1 %	1 %	1 %

¹ Begrepet volumvekst brukes for å forklare utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Fra 2020 til 2021 gikk folketrygdens utgifter til stønad til tannbehandling opp med 342 mill. kroner, fra 2 034 mill. kroner til 2 377 mill. kroner. Utgiftsøkningen utgjorde 16,9 pst. og skyldtes økt aktivitet etter pandemiåret 2020 med lav aktivitet.

Fra 1. januar 2020 ble det gjennomført en innstramming i vilkårene for å motta stønad til tannregulering for barn og unge. Innstrammingen medførte en nedgang i utgiftene i 2020 som var særlig sterk pga. koronaviruspandemien. Den generelle aktivitetsøkningen som følge av delvis avslutning av koronatiltak i 2021, har medført høyere utgifter til tannregulering i 2021 enn i 2020. Sammenlignet med 2019, har utgiftene til tannregulering gått ned med om lag 8 pst. fra 2019 til 2021, fra 550 mill. kroner i 2019 til 507 mill. kroner i 2021. Nedgangen er i hovedsak knyttet til gruppe c-pasienter med de minst alvorlige tilstandene som krever tannregulering.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2022, vedtok Stortinget å øke stønaden til tannregulering med 50 mill. kroner. Vedtaket ble fulgt opp gjennom en økning av takstene for tannregulering fra 1. januar 2022, og har ført til utgiftsøkning i første halvår 2022.

Takstforenkling ble gjennomført fra 1. mars 2022 innenfor stønad til tannregulering, slik at det for pasienter og foresatt som mottar stønad til tannregulering lettere kan forstå hva det er en får stønad til. Forenklingene ble foretatt i dialog med Norsk kjeveortopedisk forening. Takstforenklingen var provenynøytral.

Stønad til behandling av helt eller delvis tanntap uten egne tenner ble innført i 2014, og har gitt mange personer mulighet for stønad til implantat. Ordningen nådde en utgiftstopp i sitt annet år i 2015. Utgiftene ser nå ut til å ha stabilisert seg på omkring 30 mill. kroner årlig.

Innenfor behandling av tannkjøtt sykdommen marginal periodontitt er utgiftsnedgangen i 2020 motsvart av en utgiftsøkning i 2021. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å analysere årsaker til siste års utgiftsvekst innenfor periodontitt, vurdere takstbruken og innretningen av takster og vilkår, samt komme med forslag til eventuelle endringer i takstsystemet innenfor periodontitt.

For 2022 foreslås en prisjustering på 2,6 pst. tilsvarende 65 mill. kroner. Prisjusteringen er noe lavere enn ordinær prisjustering, og har sammenheng med at 10 mill. kroner overføres fra kap. 2711, post 72 Tannbehandling til drift av det regje-

ringsoppnevnte tannhelseutvalget på kap. 770, post 21 Tannhelsetjeneste.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester. 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 røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling pga. sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier og røntgeninstitutt ytes etter fastsatt regelverk.

Det er en målsetting at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Etter folketrygdloven § 5–5 ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Det kan likevel kreves trygderefusjon utover de ev. volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor. Undersøkelser ved røntgeninstitutt må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte med 127 mill. kroner eller 11,8 pst. i 2021 sammenliknet med 2020. Refusjonene ble prisjustert med 1,2 pst. i 2022, dvs. en underregulering sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst.

Fra 2022 er finansieringssystemet utvidet til også å omfatte patologi. Dette har skjedd som et ledd i omleggingen av finansieringssystemet som startet i 2018. Utvidelsen har skjedd budsjettmøtralt.

Som for de regionale helseforetakene, foreslås refusjonstakstene for private laboratorie- og radiologitjenester underregulert sammenliknet med forventet pris- og kostnadsvekst. Det svarer til en innsparing for folketrygden med om lag 16 mill. kroner i 2022. Underreguleringen må ses på bakgrunn av ønsket om videre stimulering til økt effektivisering av laboratorie- og radiologiområdet. Refusjonene vil på dette grunnlag prisreguleres med om lag 1,5 pst. i 2023.

Tabell 4.21 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2020–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Endring
Laboratorium	766	869	13,4%
Røntgen	307	331	7,8%
Sum kap. 2711, post 76	1 073	1 200	11,8%

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
2751	Legemidler mv.	13 398 819	14 293 846	15 032 500	5,2
2752	Refusjon av egenbetaling	7 804 110	7 229 000	8 114 000	12,2
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	9 059 798	8 632 696	9 585 150	11,0
2756	Andre helsetjenester	607 239	569 404	745 000	30,8
	Sum kategori 30.50	30 869 966	30 724 946	33 476 650	9,0

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
50–89	Overføringer til andre	30 869 966	30 724 946	33 476 650	9,0
	Sum kategori 30.50	30 869 966	30 724 946	33 476 650	9,0

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
70	Legemidler	11 269 962	12 119 500	12 825 500
71	Legeerklæringer		13 013	14 286
72	Medisinsk forbruksmateriell	2 115 844	2 160 060	2 188 000
	Sum kap. 2751	13 398 819	14 293 846	15 032 500

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 og næringsmidler på blå resept på vegne av pasienter.

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- Underliggende vekst i utgiftene til refusjon av legemidler og forbruksmateriell i blåreseptordningen i 2021 over postene 70 og 72.
- 5,5 mill. kroner i ytterligere redusert bevilgning som følge av tiltak mot legereservasjon uten faglig begrunnelse.
- Det foreslås å øke den prosentvise egenbetalingen fra 39 til 50 pst. for legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept, men beholde maksimal egenandel på 520 kroner. Det tilsvarer en samlet innsparing på 97 mill. kroner.

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 i blåreseptforskriften. Refusjonskravet for legemidlene inntreffer straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må 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 2022 på 39 pst., men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept.

Det foreslås å øke den prosentvise egenandelen til 50 pst., men beholde maksimal egenandel på 520 kroner.

Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkes- eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8.

Alderspensionister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt fra 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, samt uføretrygdede med minste ytelse, er fritatt fra å betale egenandel på blå resept. Videre er uføretrygdede med minsteytelse fritatt fra å betale egenandel på blå resept.

Egenandeler for legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen som er nærmere omtalt under kap. 2752.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler og næringsmidler på blå resept i 2021 over kap. 2751, post 70, var 11,3 mrd. kroner, en økning på 8 pst. fra 2020. Hvis egenandeler dekket av frikort tas med, var utgiftene 13,0 mrd. kroner i 2021.

Inkludert egenandeler dekket av frikortordningen, ble det i 2021 refundert legemidler på forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptforskriften § 2) for 10,2 mrd. kroner til over 2,7 mill. unike brukere. Det ble refundert 2,2 mrd. kroner til om lag 234 000 unike brukere etter individuell søknad (§ 3), og 15,2 mill. kroner til behandling av smittsomme sykdommer (§ 4) til rundt 27 000 brukere. Videre ble det gitt refusjon til næringsmidler (§ 6) på 566 mill. kroner til 56 000 brukere.

I perioden 2014–2020 ble finansieringsansvaret for en rekke legemidler overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Overføringsene har bidratt til å redusere veksten under folketrygden.

Det ble i Prop. 1 S (2021 – 2022) vist til at det kunne bli aktuelt å overføre finansieringsansvaret for enkelte ytterligere legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, herunder legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner og parenteral ernæring. Forslag om overføring av finansieringsansvaret for legemidlene har vært på høring. Det er behov for enkelte forberedelser før en ev. overføring gjøres. Det tas sikte på å overføre finansieringsansvaret for legemidlene i 2024.

Tabell 4.22 Folketrygdens utgifter til legemidler og næringsmidler de siste fem årene (mill. kroner)

År	Utgifter	Endring	Endring i pst.
2017	10 200	189	1,9 %
2018	10 073	-127	-1,2 %
2019	9 754	-319	-3,2 %
2020	10 438	+684	+7,0 %
2021	11 270	+832	+8,0 %

Nye legemidler i blåreseptordningen

I 2021 behandlet Legemiddelverket 76 saker om refusjon etter blåreseptforskriften, hvorav 69 fikk innvilget forhåndsgodkjent refusjon (etter § 2) eller endrede refusjonsbetingelser. 24 av sakene gjaldt nye virkestoff, ny indikasjon eller ny formulering/kombinasjon. I 17 av disse sakene ble det innvilget forhåndsgodkjent refusjon, mens for fire av de syv legemidlene som ikke oppfylte kriteriene for forhåndsgodkjent refusjon, kan det ytes individuell stønad etter § 3. Legemiddelverket initierte selv fem saker, hvor tre saker fikk forhåndsgodkjent refusjon (§ 2), en sak endte med individuell stønad (§ 3) og en sak med at refusjon på § 2 ble fjernet. Én sak ble oversendt departementet på grunn av budsjettkonsekvenser over fullmaktsgrensen på 100 mill. kroner.

Oppfølging av områdegjennomgang av folketrygd-finansierte legemidler

Områdegjennomgangen av legemidler finansiert av folketrygden viste at dagens system for å fastsette priser samlet sett fungerer godt, og anbefalte videreføring av dagens system med enkelte justeringer.

Det tidligere første kuttet for syntetiske legemidler i trinnprisordningen ble avviklet fra og med 1. januar 2022. For å forebygge at konkurranse skulle utebli som følge av for lav trinnpris, ble også en minstetrinnpris på 15 kroner per pakning på AIP-nivå (apotekenes innkjøpspris) innført.

Helsedirektoratet har vurdert anbefalingene i områdegjennomgangen knyttet til legereservasjon, og foreslått flere målrettede tiltak. Disse følges opp av Helsedirektoratet og Legemiddelverket i 2022 og 2023.

Områdegjennomgangen pekte på at økt bruk av konkurransemekanismer i årene fremover kan bidra til å begrense folketrygdens og pasientenes

legemiddelutgifter. Anbud har vært benyttet i spesialisthelsetjenesten i flere år med gode resultater, og har bidratt til å oppfylle flere legemiddelpolitiske mål. Fra 2022 gjennomføres en pilot på anbud på en gruppe kolesterolsenkende legemidler (PCSK9-hemmere). Anbudskonkurransen ble lyst ut sommeren 2022, med sikte på kontraktinngåelse fra januar 2023. Anbudet åpner for at flere pasienter kan få refundert behandling med disse legemidlene enn det som er tilfellet i dag. En spesialist- og brukergruppe oppnevnt av Legemiddelverket har gitt innspill på hvordan anbudet bør gjennomføres. Gruppen består av en rekke klinikere med bred erfaring. Piloten skal evalueres, og anbud som ev. varig ordning på blåreseptområdet vil ikke innføres uten Stortingets tilslutning.

Post 71 Legeerklæringer

Ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4. Bevilgningen omfatter midler til å honorere leger som fyller ut søknad om individuell stønad til legemidler på blå resept på vegne av pasienter. Legeerklæringstakstene fastsettes av staten.

Utgiftene til legeerklæringer var 13,0 mill. kroner i 2021, mot 10,0 mill. kroner i 2020.

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 stomi, inkontinens, urinretensjon og diabetes. Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept og pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Det foreslås å øke den prosentvise egenandelen til 50 pst., men beholde maksimal egenandel på 520 kroner. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk for-

bruksmateriell 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 hva prisen er. Helfo har ansvar for området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. Helsedirektoratet 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, inn- og uttak i produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 2 116 mill. kroner i 2021, mot 2 024 mill. kroner i 2020.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
72	Egenandelstak	7 804 110	7 229 000	8 114 000
	Sum kap. 2752	7 804 110	7 229 000	8 114 000

Det foreslås å:

- Fastsette egenandelstaket til 3 040 kroner, en økning på 119 kroner.
- Øke egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lag/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet samt pasientreiser med 3 pst. Egenandelen for pasientreiser og opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler økes fra 1. juli som svarer til en økning på 1,5 pst. for året under ett.
- Å øke den prosentvise egenandelen til 50 pst. for legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til egenandelstak etter folketrygdloven kap. 5.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av budsjettet.

Post 72 Egenandelstak

Det foreslås å:

- Fastsette egenandelstaket til 3 040 kroner, en økning på 119 kroner.
- Øke egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lag/røntgen, opp-

hold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet samt pasientreiser med 3 pst. Egenandelen for pasientreiser og opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler øktes fra 1. juli som svarer til en økning på 1,5 pst. for året under ett.

- Å øke den prosentvise egenandelen til 50 pst. for legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept.

Utgiftstaket for egenandeler (egenandelstak) omfatter egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept samt pasientreiser, fysioterapi, enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak og behandlingsreiser til utlandet.

I 2022 er egenandelstaket 2 921 kroner. Når utgiftstaket er nådd mottar brukeren automatisk et frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter av folketrygden resten av kalenderåret. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under egenandelstaket.

Tabell 4.23 Utgifter dekket over egenandelstak 2020–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Endring
Legehjelp inkl. poliklinikk	2 886,6	3 586,1	24,2 %
Psykologhjelp	121,4	133,7	10,1 %
Legemidler og forbruksmateriell	1 683,6	1 935,4	15,0 %
Pasientreiser	568,4	672,7	18,3 %
Enkelte tannhelsetjenester	99,9	268,2	168,4 %
Fysioterapi	705,0	1 145,7	62,5 %
Rehabiliteringsinstitusjon	32,4	62,3	92,5 %
Behandlingsreiser utland	0,1	0	-100,0 %
Sum kap. 2752, post 72	6 097,5	7 804,1	28,0 %

For 2023 foreslås egenandelsbetalingene i sum prisjustert svarende til 187 mill. kroner. Dette foreslås gjennomført ved å øke egenandelstaket

med 119 kroner. Ut over dette foreslås egenandelene økt med 3 pst. Nytt egenandelstak foreslås fastsatt til 3 040 kroner.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	467 724	502 000	524 000
70	Allmennlegehjelp	6 776 683	6 245 000	7 046 750
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 329 128	1 380 000	1 474 400
72	Jordmorhjelp	77 095	86 224	85 000
73	Kiropraktorbehandling	195 332	204 012	215 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	213 836	215 460	240 000
	Sum kap. 2755	9 059 798	8 632 696	9 585 150

Det foreslås:

- å flytte 1,05 mill. kroner fra kap. 732, post 76 til kap. 2755, post 70 knyttet til Rhesusimmunisering i svangerskapskontrollen.

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til fastlønnsordning for fysioterapeuter, allmennlegehjelp, fysioterapi, jordmorhjelp, kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling etter folketrygdloven kapittel 5.

Post 62 Fastlønnsordning i 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 fysiotera-

pitjenesten 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 også kan søke om fastlønnstilskudd, dersom samme fysioterapeut har en driftsavtale med kommunen. Dette gjelder kun for kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere.

Kommunene har anledning til å ta egenandel for behandling utført av kommunalt ansatt fysioterapeut.

Fullt fastlønnstilskudd for perioden 1. januar 2022 til 31. desember 2022 er 227 880 kroner. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 468 mill. kroner i 2021, mot 423 mill. kroner i 2020, en økning 10,6 pst.

Post 70 Allmennlegehjelp

Det foreslås:

- å flytte 1,05 mill. kroner fra kap. 732, post 76 til kap. 2755, post 70 knyttet til Rhesusimmunisering i svangerskapskontrollen.

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 fastle-

geavtale 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 medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen, 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 4.24 Utgifter til allmennlegehjelp 2020–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Endring
Fastleger mv.	5 014	5 313	-6,0 %
Legevakt	780	1 106	41,8 %
Avsetning til fond ¹	221	358	62,0 %
Sum kap. 2755, post 70	6 015	6 777	12,7 %

¹ Avsetning til fond ble relativt lave i 2020 på grunn av at takstforhandlingene ble gjennomført på høsten og ikke våren. Fondsavsetning blir avtalt i forhandlingene.

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 6 015 mill. kroner i 2020 til 6 777 mill. kroner i 2021, en økning på 12,7 pst.

Utgiftsendringen utover de spesifiserte tiltakene 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.

Tabell 4.25 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2020–2023 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
Sum kap. 2755, post 70	6 015	6 777	6 245	6 616,7
Volumvekst (anslag) ¹	15,5 %	4,2 %	1 %	1 %

¹ Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Budsjettert utgiftsvekst i 2022 skyldes en antatt volumvekst på 1 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene. Honorartakstene ble økt 1. juli 2022 med 3,4 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2023.

Det foreslås å flytte 1,05 mill. kroner til kap. 2755, post 70 fra kap. 732, post 76 knyttet til rhesusimmunisering i svangerskapskontroll, jf. omtale der.

Se også omtale av allmennlegetjenesten under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

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.

Tilskudd til kommuner med fastlønsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62.

Tabell 4.26 Utgifter til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen 2020–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Endring
Allmenn fysioterapeut	711,5	828,7	16,5 %
Manuellterapeut	267,1	321,8	20,5 %
Psykomotoriker	107,9	127,3	18,0 %
Utdanningskandidater	16,6	15,9	-4,4 %
Avsetning til fond ¹	34,5	35,6	3,2 %
Sum kap. 2755, post 21	1 137,5	1 329,1	16,8 %

¹ Avsetning til fond ble relativt lave i 2020 på grunn av at takstforhandlingene ble gjennomført på høsten og ikke våren. Fondsavsetning blir avtalt i forhandlingene.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 137,5 mill. kroner i 2020 og 1 329 mill. kroner i 2021, en økning på 16,8 pst.

Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale som utløser refusjon kan variere fra år til år. Dette har sammenheng med antall utdanningskandidater. 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 i tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruket endres som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre type konsultasjoner enn tidligere.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2021 totalt 5 185 fysioterapiårverk. Dette innebærer en økning i antall årverk fra 2020 på 0,4 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere er 9,6 årverk i 2021.

Tabell 4.27 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2020–2021 (mill. kroner)

	Regnskap 2020	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
Sum kap. 2755, post 71	1 137	1 329	1 380	1 374,4
Volumvekst (anslag) ¹	-6,4 %	1,4 %	1 %	1 %

¹ Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Budsjettert utgiftsvekst i 2022 skyldes en antatt volumvekst på 1 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene. Honorartakstene ble økt 1. juli 2022 med 4,48 pst. Helårsvirkningen er innarbeidet i budsjettforslaget for 2023.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at av i alt 3 229 avtalehjemler for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i 2021 var 60 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene var deltidshjemler. 36 pst. av avtalehjemlene var i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 4 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Andelen fulltidshjemler er økende, 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 fremgår av forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

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 helsetasjon 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. Det ytes også stønad til sekundærjordmor ved hjemmefødsel.

Det ytes engangsstønad ved fødsel utenfor institusjon etter folketrygdloven § 5-13. Stønads-satsen er 3 091 kroner i 2022 og foreslås økt til 3 184 kroner i 2023, som er en økning på 3 pst.

Utgiftene i 2021 var 77 mill. kroner, mot 68 mill. kroner i 2020. Dette er en økning på 13,2 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. 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.

Utgiftene til kiropraktorbehandling, inkludert avsetning til fond, var 195 mill. kroner i 2021, mot 174 mill. kroner i 2020, en økning på 12,2 pst. Økningen må ses i sammenheng med redusert aktivitet i 2020 på grunn av koronapandemien. Antall kiropraktorer som hadde oppgjør med Helfo økte med 1,5 pst., fra 942 i 2020 til 956 i 2021. Antallet pasienter som mottok behandling økte fra 360 000 i 2020 til 387 000 i 2021, dvs. en vekst på 7,6 pst. Det var i 2021 i gjennomsnitt 5,8 behandlinger per pasient, mot 5,7 behandlinger per pasient i 2020.

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.

Endring i lov om folketrygd § 5-10 og ny forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos logoped og audiopedagog ble fastsatt fra 1. januar 2022.

I 2021 utbetalte folketrygden 206,5 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 7,3 mill. kroner til ortoptisk behandling. De samlede utgiftene økte fra 176,7 mill. kroner i 2020 til 213,8 mill. kroner i 2021, en økning på 21 pst. Det var lavere aktivitet i 2020 på grunn av pandemien. Den unaturlig høye økningen fra 2020 til 2021 tolkes som at en har kommet til et normalt aktivitetsnivå i 2021. De elektroniske regningene viser at gjennomsnittlig antall behandlinger per pasient var lavere i 2020 enn tidligere år, og i 2021 har dette tallet tatt seg opp igjen. Sammenlignet med 2019, blir økningen i tråd med det som har vært om lag gjennomsnittlig årlig økning siste 10–12 år, rundt 10 pst.

Kap. 2756 Andre helsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
70	Helsetjenester i annet EØS-land	1 809	9 234	15 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.	397 897	325 190	455 000
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	207 533	234 980	275 000
	Sum kap. 2756	607 239	569 404	745 000

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 § 5-24a.

Utgiftene var 1,8 mill. kroner i 2021 mot 9,4 mill. kroner i 2020, en på reduksjon 422,2 pst. Det har vært nedgang i kravinggangen relatert til alle helsetjenester, dette skyldes i hovedsak redusert reisevirksomhet på grunn av korona-

pandemien. 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 2023 foreslås det maksimale stønadsbeløpet økt fra 4 283 kroner i 2022

til 4 411 kroner per døgn. Dette tilsvarer en økning på 3,0 pst.

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 398 mill. kroner i 2021 mot 220 mill. kroner i 2020, en økning på 80,9 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 mill. kroner i 2021 mot 212,8 mill. kroner i 2020 en reduksjon på 2,3 pst.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

		(i 1 000 kr)			
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
2790	Andre helsetiltak	213 005	199 920	242 000	21,0
	Sum kategori 30.90	213 005	199 920	242 000	21,0

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

		(i 1 000 kr)			
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023	Endring i pst.
50–89	Overføringer til andre	213 005	199 920	242 000	21,0
	Sum kategori 30.90	213 005	199 920	242 000	21,0

Kap. 2790 Andre helsetiltak

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2021	Saldert budsjett 2022	Forslag 2023
70	Bidrag	213 005	199 920	242 000
	Sum kap. 2790	213 005	199 920	242 000

Vesentlige endringsforslag, ut over gjennomgående budsjetttiltak omtalt i del I, og generell prisjustering:

- Det foreslås 7 mill. kroner til å oppheve den nedre aldersgrensen på 16 år for bidrag til prevensjon

Bevilgningen dekker folketrygdens utgifter til bidragsordningen, jf. forskrift om bidrag til visse helsetjenester.

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 Helsedirektoratet og NAV Rettskilder.

Departementet har gjennom 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 2 010 kroner i 2022. Egenandeler, døgnsatser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig. Beløpet for 2023 er 2 070 kroner. Mange formål dekkes etter andre regler og satser.

Utgiftene på bidragsordningen var 213,0 mill. kroner i 2021 mot 189,3 mill. kroner i 2020.

Avvikling av bidragsordningen for legemidler 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 2023 foreslås det at ordningen videreføres for brukere som har fått kontinuerlig bidrag til samme legemiddel fra og med 2017. Avviklingen av bidragsordningen for legemidler gjelder ikke bidrag til prevensjonsmidler og heller ikke legemidler til behandling av infertilitet.

Tjenester i apotek

Inhalasjonsveiledning og oppstartsveiledning i apotek (Medisinstart) finansieres over denne bevilgningen. Inhalasjonsveiledning er en tjeneste for pasienter med astma og KOLS, mens Medisinstart er en tjeneste for pasienter som starter med

et nytt legemiddel til behandling av høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler. Helsedirektoratet har i 2022 evaluert Medisinstart. Evalueringen inngår i kunnskapsgrunnlaget for pågående NOU om framtidens apotek, jf. omtale under kap. 717. Bevilgningen til disse tjenestene foreslås videreført i 2023.

Aldersgrense prevensjon

Gjennom bidragsordningen etter folketrygdloven § 5-22 kan unge mellom 16 og 22 år få helt eller delvis dekket utgifter til prevensjon, etter en bidragssats tilsvarende 125 kroner for tre måneders forbruk.

Fra 1. januar 2022 ble rekvireringsretten for helsesykepleiere og jordmødre utvidet, slik at disse kan rekvirere alle typer prevensjon til alle aldersgrupper. Tidligere var det kun leger som kunne rekvirere hormonell prevensjon til personer under 16 år. Bakgrunnen for forskriftsendringen var bl.a. å gjøre hormonell prevensjon enklere tilgjengelig. Det vil derfor være en fordel om denne aldersgruppen også omfattes av bidragsordningen.

Bevilgningen foreslås økt med 7 mill. kroner til å oppheve den nedre aldersgrensen på 16 år for bidragsordningen.

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 2021 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametere i oppdragsdokumentene og foretaksmøter. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning for 2021 ble behandlet i foretaksmøter 23. juni 2022. Nedenfor redegjøres det for rapportering 2021 og de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2023–2026. 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
- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Økonomi og investeringer
- Organisering av luftambulansetjenesten

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Ventetider

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 2021 var målet å redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med året før. Det ble videre satt et mål om gjennomsnittlig ventetid under 50 dager i 2022.

Tabell 5.1 Ventetider

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	62	59	65	65	63	57	69	68	63	61

Kilde: Norsk Pasientregister

Tabell 5.1 viser at det har vært en reduksjon i gjennomsnittlig ventetid på to dager i 2021, sammenliknet med 2020. Pandemien påvirket driften i sykehusene både i 2020 og 2021. Reduksjonen må sees i sammenheng med at ventetidene økte med fire dager fra 2019 til 2020. Helseforetakene har i 2021 hentet inn igjen mye utsatt aktivitet. Samtidig har det ikke vært mulig å opprettholde et normalt aktivitetsnivå. Innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge økte gjennomsnittlig ventetid med hhv. to og fem dager fra 2020 til 2021. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling økte

gjennomsnittlig ventetid med én dag fra 2020 til 2021. Økningen i ventetid i psykisk helsevern sees i sammenheng med en betydelig økning i antallet henvisninger til psykisk helsevern.

Tabell 5.2 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 2021 var målet å redusere andelen med passert planlagt tid sammenliknet med året før. Tallene for utgan-

gen av 2021 viser at om lag en av ti pasientkontakter i spesialisthelsetjenesten skjer etter at det planlagte tidspunktet er passert. Det er en økning på 1,1 prosentpoeng sammenliknet med utgangen av 2020.

Tabell 5.2 Passert planlagt tid

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Andel passert planlagt tid (pst.)	9,2	10,8	9,4	9,2	11,0	10,0	16,2	19,3	10,2	11,3

Kilde: Norsk Pasientregister

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 kreftpasienter unngår unødig venting på utredning og behandling. Nasjonal kreftstrategi 2018–2022 skal legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet til kreftpasienter. Fra 2015 ble det innført 28 pakkeforløp for kreft. To pakkeforløp ble avvirket f.o.m. 1. mai 2021, slik at det nå er 26 pakkeforløp for 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 unødvendige ikke-medisinske begrunnede

forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.

Kvalitetsindikatoren andel pakkeforløp gjennomført innenfor maksimal anbefalt forløpstid for 26 organspesifikke kreftformer viser en nedgang i måloppnåelse på landsbasis fra 73,5 pst. i 2020 til 72,1 pst. i 2021.

Helse Sør-Øst og Helse Vest har begge nådd målet i 2021 om andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid på 70 pst. Helse Sør-Øst hadde en måloppnåelse på 72,8 og Helse Vest 76,7 pst. Helse Midt-Norge og Helse Nord nådde ikke målet om 70 pst. Helse Midt-Norge hadde en måloppnåelse på 68,7 pst. og Helse Nord hadde en måloppnåelse på 61,2 pst.

Tre av de regionale helseforetakene hadde en nedgang i måloppnåelse fra 2020 til 2021. Helse Sør-Øst hadde en nedgang i måloppnåelse fra 74,2 pst. i 2020 til 72,8 pst. i 2021. Helse Midt-Norge hadde en nedgang fra 72,6 pst. i 2020 til 68,7 pst. i 2021. Helse Nord hadde en nedgang fra 69 pst. i 2020 til 61,2 pst. i 2021. Helse Vest hadde en økning i måloppnåelse fra 74,2 pst. i 2020 til 76,2 pst. i 2021.

Tabell 5.3 Pakkeforløp kreft samlet for 2021 (pst.)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid ¹	72,8	76,2	68,7	61,2	72,1

¹ Denne indikatoren måler andel pakkeforløp som gjennomføres på normert tid, fra start av pakkeforløp til start av kirurgisk, medikamentell – eller strålebehandling for 24 organspesifikke kreftformer. Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt og Diagnostisk pakkeforløp er ikke med i tabellen. Pakkeforløp for akutt leukemi og kronisk lymfatisk leukemi ble avvirket f.o.m 1. mai 2021. Basert på årstall 2021 fra Norsk pasientregister.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Pakkeforløp (nasjonale forløp for psykisk helse og rus)

Fra 2019 er det innført åtte forløp. Det gjelder tre generelle forløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), utredning og behandling i psykisk helsevern voksne og i psykisk helsevern barn og unge, samt fire tilstandsspesifikke forløp for psykoselidelser, tvangslidelser, spiseforstyrrelser og gravide som har eller har hatt rusmiddelproblemer. I tillegg er det innført et forløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet. I 2021 er det publisert to nye kapitler: akuttbehandling og oppfølging etter overdoser (i forløp TSB) og utredning av ADHD og andre nevroutviklingsforstyrrelse (forløp for barn og unge). Totalt er 517 000 pasienter henvist til forløpene siden 2019. Forløpene skal sikre god brukermidvirkning gjennom hele forløpet, økt samhandling innen og mellom tjenestenivåene, likeverdige tilbud til pasienter og pårørende, unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging og bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner. Det er etablert

forløpskoordinatorer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Det er satt følgende mål for 2021:

- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
- Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
- Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.

På landsbasis er måloppnåelse på forløpstid for utredning 55 pst. i psykisk helsevern barn og unge, 74 pst. i psykisk helsevern voksne og 84 pst. for TSB. Det er lavere måloppnåelse for gjennomført evaluering av behandling, med hhv. 38 pst. i psykisk helsevern barn og unge, 46 pst. i psykisk helsevern voksne og 41 pst. i TSB. Andel pasienter som sammen med behandler har utarbeidet behandlingsplan er 44 pst. i psykisk helsevern barn og unge, 40 pst. i psykisk helsevern voksne og 41 pst. i psykisk helsevern TSB.

Tabell 5.4 Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus, indikatorer for aktivitet og forløpstid

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse MidtNorge	Helse Nord
Forløpstid for utredning	TSB: 87%	TSB: 77%	TSB: 80%	TSB: 58%
	PHV: 75%	PHV: 75%	PHV: 71%	PHV: 69%
	PHBU: 60%	PHBU: 59%	PHBU: 34%	PHBU: 54%
Evaluering av behandling	TSB: 38%	TSB: 43%	TSB: 60%	TSB: 30%
	PHV: 49%	PHV: 47%	PHV: 40%	PHV: 40%
	PHBU: 37%	PHBU: 47%	PHBU: 18%	PHBU: 47%
Behandlingsplan utarbeidet sammen med pasient	TSB: 46%	TSB: 25%	TSB: 35%	TSB: 48%
	PHV: 47%	PHV: 17%	PHV: 42%	PHV: 22%
	PHBU: 54%	PHBU: 20%	PHBU: 44%	PHBU: 39%

Ifølge SINTEF har forløpene bidratt til bedre struktur og forutsigbarhet, tydeliggjøring av hva som er forventet fra tjenestene, noe økt samhandling og samarbeid og det er bred enighet om at innholdet i forløpene beskriver et godt tjenestetilbud og god klinisk praksis. Utfordringene er særlig knyttet til rapportering. IKT-systemene har ikke understøttet forløpene, og medført ekstra belastninger for behandlere, ledere og registreringsmiljøene. Krav om registrering oppleves av

en del som mistillit til at faget utøves som det skal. Når halvparten av pasientene i undersøkelsen var ikke klar over at de var i et pakkeforløp, og mange fagfolk vegrer seg for å bruke begrepet pakkeforløp. 70 pst. av kommunene har innført forløpskoordinator i kommunene og informasjon om forløpene på sine nettsider, men opplever seg for lite involvert.

Det vises til omtale av pakkeforløp under kap. 781, del II.

Helsekartlegging i barnevernet

Barnevernet skal etablere team for kartlegging av helsesituasjonen for barn som plasseres utenfor hjemmet. De regionale helseforetakene fikk i 2021 i oppdrag å bidra med spesialistkompetanse inn i teamene innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon til formålet. Det ble også stilt midler til disposisjon til etablering av fem team for oppstart høsten 2021 – et i hver av barnevernsregionen Midt og Nord, et i Oslo og to i barnevernsregion Sør. Helse Sør-Øst RHF har etablert tre kartleggingsteam, hvorav et team i Oslo kommune med tilknytning til Oslo universitetssykehus HF og to team tilknyttet Sykehuset Telemark HF. I Helse Midt-Norge RHF har St. Olavs hospital HF etablert samarbeid med BUFetat, og team er etablert. Det er også i Helse Nord RHF inngått samarbeidsavtale mellom partene, og UNN har rekruttert personell til etablering av team i Tromsø våren 2022.

Stedlige tjenester innen psykisk helsevern og TSB for innsatte

De regionale helseforetakene ble i 2021 gitt i oppdrag å sørge for flere stedlige tjenester innen psykisk helsevern og TSB for innsatte, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer at de har gitt helseforetakene i oppdrag å bygge opp stedlige tjenester innen psykisk helsevern og TSB, og det er fordelt 10 mill. kroner til helseforetakene. De fleste helseforetakene er godt i gang med etableringen av stedlige tjenester, mens enkelte helseforetak er i oppstartsfasen.

Helse Vest RHF rapporterer at det er etablert stedlige tjenester i alle helseforetak i Helse Vest, og alle helseforetak har fått ekstra midler til å styrke helsetjenester til innsatte i fengsel.

Helse Midt-Norge RHF viderefører midler til styrking av psykisk helsevern med 2,9 mill. kroner til områdefunksjon. Etter en behovsvurdering i 2021, har Helse Midt-Norge RHF gitt en ytterligere styrking på 4,5 mill., kroner for 2022. Alle fengsler som er fysisk beliggende i helseregionen skal oppfylle kravet om stedlig tjeneste innen 1. kvartal 2022, med tilhørende rapportering.

Helse Nord RHF har fra 2022 avsatt 5 mill. kroner til å styrke tjenester og sikre fast tilstedeværelse innen psykisk helse og TSB for innsatte i de 4 fengslene i sin region. I 2021 har helseforetakene framlagt planer for å styrke faste stedlige tjenester og bruk av avsatte midler. Disse planene skal effektueres i 2022.

Ressursteam ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2021 i oppdrag å gi psykiatrisk og helsefaglig støtte til kriminalomsorgens nye nasjonale ressursteam ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, for å bidra til å forebygge og hindre langvarig isolasjon for kvinnelige innsatte med alvorlige psykiske lidelser. Helse Sør-Øst RHF rapporterer at de har fulgt opp dette.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene i 2021 fremhevet at det skal arbeides systematisk og målrettet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene og at Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring sammen med Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er sentrale verktøy for systematisk og ledelsesforankret arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det skal være åpenhet om forskningsbasert kunnskap, pasient og pårørendeerfaringer, kvalitetsmålinger og uønskede hendelser, som brukes aktivt i kvalitetsforbedring og for å redusere uønsket variasjon. Risikovurdering av pasientsikkerhet må inngå i planlegging, gjennomføring og evaluering av alle tiltak innad og på tvers av tjenestenivå.

Pasientskader

Det er et nasjonalt mål at andel somatiske pasienttopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023.

Siden 2010 har alle helseforetak og private ideelle sykehus brukt metoden GTT for å kartlegge pasientskader. Hensikten er å kunne følge utviklingen av skadenivået og hvilke typer skader som oppstår. Helsedirektoratet utgir en årlig nasjonal rapport over pasientskader, og publiserer tertialvis på helseforetaksnivå for oppfølging lokalt. Helsedirektoratets rapport i 2022 om «Pasientskader i Norge 2021» viser at det oppstod pasientskade ved 12,8 pst. av somatiske sykehusopphold i Norge, mot 13,1 pst. året før. Det er en svakt nedgående trend i omfanget av pasientskader i perioden 2012 til 2020, men fortsatt langt fra målet på 10 pst. innen 2023. De hyppigste skadetyperne er som tidligere år legemiddelrelatert skade, urinveisinfeksjon, postoperativ sårinfeksjon og annen kirurgisk komplikasjon. Undersøkelsen skiller ikke på om pasientskaden kunne vært unngått eller ikke. Basert på studier fra bl.a. Sverige regner en med at rundt halvparten av pasientskadene kunne vært forebygget.

De regionale helseforetakene viser i årlig melding til ulike tiltak for å forbedre pasientsikkerheten, og bruker GTT sammen med øvrige datakilder i arbeidet.

30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012

Nasjonalt handlingsplan mot antibiotikaresistens har satt mål om 30 pst. reduksjon i bruk av fem utvalgte bredspektrede midler innen utgangen av 2020. Målene i handlingsplanen er på grunn av pandemien forlenget til å gjelde ut 2022. Alle helseforetakene har redusert bruken sammenliknet med forbruket i 2012. Samlet er antall definerte døgndoser (DDD) redusert med 25,2 pst. fra 2012 til 2021, mens den prosentvise nedgangen korrigert for liggedøgn er 11,8 pst. Dette er en økning sammenliknet med året før. Tallene fra pandemi-perioden må imidlertid tolkes med varsomhet. Mange sykehus har hatt redusert aktivitet, både elektiv virksomhet og øyeblikkelig hjelp. Helse Nord har i perioden redusert antall DDD med 24,3 pst., mens den prosentvise nedgangen korrigert for liggedøgn var 17 pst. I Helse Midt-Norge er reduksjonen på hhv. 23,6 pst. og 14 pst. I Helse Vest er reduksjonen hhv. 33,1 pst. og 16 pst. I Helse Sør-Øst er reduksjonen hhv. 22,5 pst. og 8,5 pst.

Korridorpasienter

På landsbasis var det en andel på 0,9 pst. korridorpasienter i 2021. Det er samme resultat som i 2020. Andelen korridorpasienter var lavest i Helse Midt-Norge med 0,7 pst., mens Helse Vest har høyest andel korridorpasienter med 1,4 pst. Både Helse Nord og Helse Sør-Øst har en andel korridorpasienter på 0,8 pst.

Epikrisetid i somatisk spesialisthelsetjeneste

Fra 2019 har det vært et mål at minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen en dag etter utskrivning fra sykehus. I 2021 ble 65,6 pst. av epikrisene sendt innen en dag etter utskrivning fra sykehus, og alle regionene har hatt en økning i andel epikriser sendt innen en dag fra 2020 til 2021. Andelen i 2021 varierte mellom 59,2 pst. i Helse Midt-Norge og 69,6 i Helse Nord, mens andelen i Helse Sør-Øst og Helse Vest var hhv. 67,4 pst. og 63,3 pst. Helseregionene meldte at det er variasjon mellom fagområder og helseforetak, og flere regionale helseforetak ser behov for mer systematisk arbeid og tiltak for å kunne nå målet.

Lindrende behandling og omsorg for de aller sykeste barna

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å sørge for et mer tilrettelagt tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. Helse Nord har under etablering et regionalt fagnettverk med representanter fra de tre lokale barnepalliative teamene i Hammerfest, Tromsø og Bodø. Helse Midt-Norge har etablert palliativt team med regionalt koordinerings- og kompetanseansvar ved St. Olavs hospital HF og det er etablert barnepalliativt team i Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF. I Helse Vest er det etablert et regionalt barnepalliativt team under ledelse av Helse Bergen HF og det skal etableres lokale barnepalliative team i alle helseforetak. Helse Sør-Øst har etablert et regionalt barnepalliativt team ved Oslo universitetssykehus HF. I tillegg har Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF etablert barnepalliative team.

Seneffekter etter kreft hos barn.

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å bygge opp regional kompetanse om seneffekter etter kreft hos barn og voksne med personell som skal bidra til å overføre kompetanse til allmennlegetene om diagnostikk og behandling av seneffekter. Det er etablert et poliklinisk tilbud i Helse Nord og regionale tilbud er under planlegging og etablering i de øvrige helseregionene.

Nasjonalt døgkontinuerlig tolketjeneste

Helse Nord RHF fikk i oppdrag å opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet skal dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet skal ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler. Helse Nord RHF har opprettet prosjektet «Nasjonalt døgkontinuerlig tolketjeneste for samisk språk» i samarbeid med Finnmarkssykehuset HF og HDO HF (Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett). Alle de regionale helseforetakene er representert i

arbeidsgruppen. Prosjektet er planlagt avsluttet ved utgangen av november 2022.

Planlegge for tilstrekkelig kompetanse i samisk språk og kulturforståelse

De regionale helseforetakene fikk oppdrag om at helseforetakene skal planlegge for å sikre tilstrekkelig kompetanse i samisk språk og samisk kulturforståelse. Alle de regionale helseforetakene har gitt sine helseforetak dette i sine utviklingsplaner.

Intensivkapasitet

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å utrede det fremtidige behovet for intensivkapasitet, inkludert organisering, sammensetning av kompetanse, utforming og utstyrsnivå. Oppdraget ble delt i en interregional og en regional del. I den interregionale delen av prosjektet leverte en arbeidsgruppe en rapport i mai 2022 med felles definisjoner av ulike intensivsenger. Felles forståelse av de ulike sengekategoriene er av stor betydning for det videre arbeidet med å vurdere og planlegge behovet for intensivkapasitet og beredskap i sykehusene i hver enkelt region. Dette oppdraget må sees i sammenheng med omtalen av oppdrag om intensivsykepleiere.

Endringer i bioteknologiloven

De regionale helseforetakene skal følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven. Alle regioner har i løpet av 2021 innført tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk. Det er ansatt nytt personell og gjennomført omfattende kompetansehevede tiltak for jordmødre, leger og andre ansatte. Det etablerte etterutdanningstilbudet i ultralyd ved NTNU er styrket. Det er ansatt nytt personell, og investert i nytt utstyr for å dekke behovet for ultralydapparater og analysekapasitet til NIPT-undersøkelser. Tidlig ultralyd til alle gravide skal innføres i 2022, og det arbeides med å sikre tilstrekkelig jordmor- og legekapasitet på sykehusene.

Habilitering

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenesten for barn og for voksne.

Alle regioner er i gang med arbeidet. Helseforetakene i Helse Vest har laget egne opptrappingsplaner med styrking av budsjettene, særlig for barn og unge med habiliteringsbehov. Det er også etablert et regionalt tilbud om tverrfaglig intensiv habilitering for barn og unge, som er samlokalisert med tilbudet til barn og unge med ervervet hjerneskade. De andre regionene har rapportert at de trenger noe mere tid på dette oppdraget og meldt at arbeidet fortsetter i 2022.

Persontilpasset medisin

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å etablere en infrastruktur for kliniske studier som omfatter genetisk presisjonsdiagnostikk. Infrastrukturen (InPred) har i 2021 videreutviklet tilbudet innen molekylær diagnostikk, med testing av 500 gener, rettet mot alle kreftpasienter som er aktuelle for utprøvende behandling eller kliniske studier. InPred bidrar til aktiviteter og samarbeid på tvers av helseforetak og klinikker. Det er etablert en struktur med tre nivåer, som sikrer pasientene tilgang til diagnostikk og vurderinger på rett nivå, samtidig som det bidrar til kompetansespredning og erfaringsdeling.

Videre fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede og etablere et nasjonalt genomsenter med tilhørende registerløsninger for lagring og bruk av genetiske opplysninger for helsehjelp, kvalitetssikring og forskning. Arbeidet skjer i samarbeid med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Dette arbeidet har pågått i 2021, og det er satt i gang behovsutredning, arbeider med moduler for lagring og analyse, samt infrastruktur og styringsmodell. Stortinget har vedtatt endringer i pasientjournalloven som gir hjemmel for opprettelse av et register for tolkede genetiske varianter med formål å yte helsehjelp og kvalitets sikre denne. For å sikre tilstrekkelig ressurser til nødvendige juridiske utredninger i Helsedirektoratet, foreslås det å flytte midler til Helsedirektoratet, se omtale under kap. 732, post 70. Arbeidet følges opp i nasjonal strategi for persontilpasset medisin som legges fram i løpet av 2022.

Nasjonale tjenester

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å følge opp endringene i system for nasjonale tjenester, jf. omtale i Prop. 1 S (2020–2021), herunder legge rammene for nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og etablere nasjonalt service-miljø med regionale noder. De regionale helseforetakene har etablert et rammeverk for nasjo-

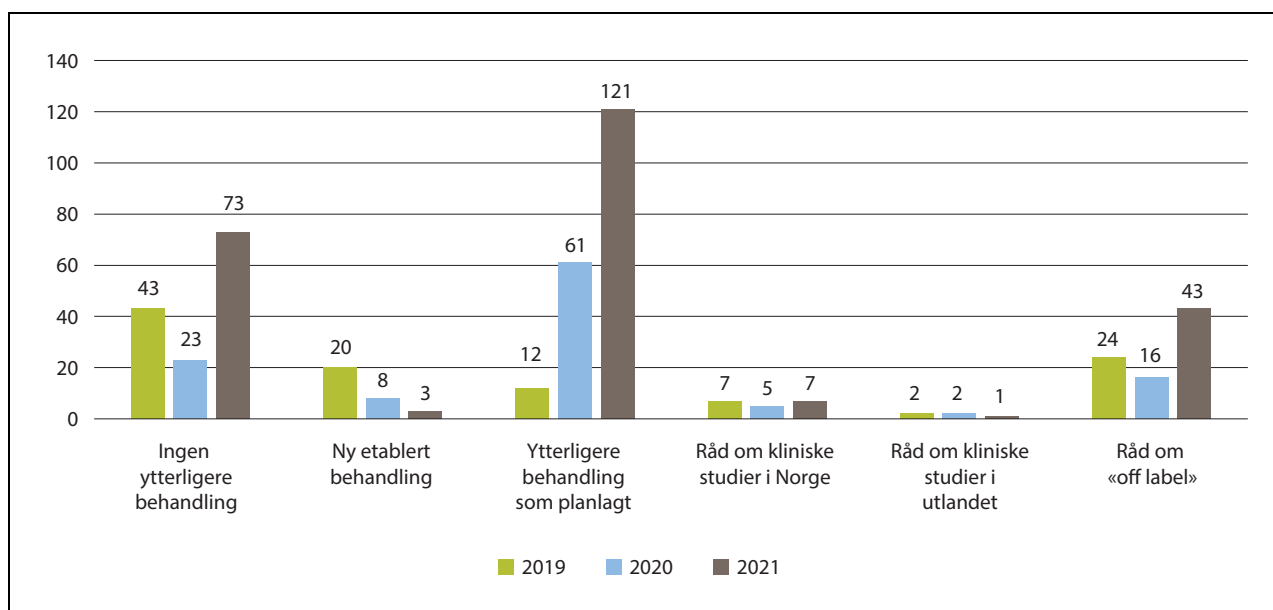
nale kompetansetjenester som videreføres som kvalitet- og kompetansenettverk, og lagt grunnlaget for å etablere nasjonalt servicemiljø med regionale enheter. For nærmere omtale av nasjonale kompetansetjenester, se kap.732, post 78.

«En vei inn» for innrapportering av melde- og varselpliktige hendelser

Portalen Melde.no er etablert for å forenkle innrapportering til ulike melde- og varselplikter («En vei inn»). De regionale helseforetakene fikk i oppdrag, i samarbeid med Norsk helsenett SF, å legge til rette for at «En vei inn»-løsningen/melde.no tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner. De regionale helseforetakene melder at portalen er tatt i bruk, men at arbeidet med å sikre integrasjon mellom foretakenes avvikssystemer og Melde.no fortsatt pågår. Det er etablert en arbeidsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene og Norsk helsenett SF som fortsetter med dette arbeidet i 2022.

Ekspertpanelet

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten er et organ for rådgivning ved alvorlig livsforkortende sykdom. Ekspertpanelet skal gi råd om adekvat etablert behandling er gitt, eller om det er aktuelle kliniske studier for pasienten i Norge eller i utlandet, fortrinnsvis Norden. Panelet kan videre gi råd om det er aktuelt med en utprøvende behandlingsmetode utenfor en klinisk studie i Norge, eller gi råd om et udokumentert behandlingstilbud pasienten selv har funnet frem til. De regionale helseforetakene gjennomførte i 2021 en evaluering av Ekspertpanelet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, se omtale under del I. I 2021 har Ekspertpanelet gitt råd i 250 saker, som er en økning fra 109 saker i 2020. Gjennomsnittlig behandlingstid av sakene var åtte dager. Hvordan rådene fordeler seg følger av figuren.



Figur 5.1 Fordeling av råd gitt av Ekspertpanelet, 2019–2021

Råd om «off label» inkluderer råd om compassionate use program.

Kilde: Nasjonalt ekspertpanels årsrapport

Digitalisering nasjonale kurs for LIS-leger

For å sikre gjennomføringen av utdanningen for leger i spesialisering (LIS) ble de fire Regionale utdanningssentrene bedt om å digitalisere flest mulig av de teoretisk innrettede nasjonale kursene som inngår i spesialiseringen. Dette har blitt gjennomført i alle regioner. I Helse Sør-Øst ble det

i 2021 eksempelvis gjennomført 148 nasjonale kurs hvorav 104 ble gjennomført digitalt.

Intensivsykepleiere

De regionale helseforetakene har fulgt opp oppdraget om å styrke kompetanse og kapasitet i intensivbehandling ved bl.a. å opprette minst

100 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie. Utdanningsstillingene er opprettet i tillegg til eksisterende utdanningsstillinger i intensivsykepleie.

De regionale helseforetakene skal også utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Planarbeidet skal inkludere en vurdering av sammensetning av kompetanse og skal bidra til å ivareta behovet for å utdanne, rekruttere og beholde intensivsykepleiere og deres kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Metodene som brukes i planleggingen skal kunne overføres til planlegging for andre spesialiserte sykepleiegrupper, inkludert jordmødre.

Tiltakene må sees i sammenheng med omtalen av intensivkapasitet. De regionale helseforetakene har rapportert at de følger opp oppdragene. Arbeidet er imidlertid langsiktig og videreføres i 2022.

Forskning og innovasjon

Samlede forskningspoeng omfatter publikasjonspoeng, poeng for doktorgrader, poeng for tildeling av ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU (finansieringspoeng) og poeng for kliniske behandlingsstudier. Det ble registrert 5 065 publikasjoner (vitenskapelige artikler, monografier og antologier) fra helseforetakene i 2021 og rapportert inn 255 avlagte doktorgrader fra helseforetakene, mot 351 doktorgrader i 2020. Dette er en stor nedgang og som følger av utfordringene pandemien har hatt for gjennomføring av doktorgradsprosjekter. Antall publiseringspoeng er derimot det høyeste noen gang i helseforetakene. På regionalt nivå går Helse Sør-Øst RHF opp fra 60,7 pst. til 62,7 pst. Helse Nord RHF øker også sin prosentandel av forskningspoengene fra 7,6 i 2020 til 8 pst. i 2021. I Helse Vest RHF (19,2 pst.) og Helse Midt-Norge RHF (10,1 pst.) er det en svak nedgang fra i fjor, hhv. 1,4 og 1 prosentpoeng. I 2021 hadde 60,7 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap (mål: over 40 pst.) og 25,5 pst. var publisert i ledende tidsskrifter (mål: over 20 pst.). Indikator for kliniske behandlingsstudier omfatter kun studier som kan påvirke pasientforløpet til forskningsdeltakerne, og som er åpne for inklusjon. Disse studiene registreres i to undergrupper: legemiddelstudier og studier med andre behandlingstiltak enn legemiddelbehandling. Kliniske behandlingsstudier er en undergruppe av kliniske studier, og indikatoren er derfor ikke et mål på det totale omfanget av kliniske studier i helseforetakene. I 2021 var helseforeta-

kene totalt involvert i 485 kliniske behandlingsstudier som utløser poeng i det nasjonale målesystemet. Dette er en økning fra 2020, da tallet var 463. Det er viktig å presisere at helseforetakene var involvert i et større antall kliniske studier enn 485, men formålet med målingen er ikke å presentere statistikk for alle pågående kliniske behandlingsstudier, men for studier som har inkludert pasienter i 2021. 15 066 pasienter ble inkludert i kliniske studier i 2021, dette er om lag 1 000 flere pasienter enn i 2020.

Helse Sør-Øst RHF hadde en andel på 61,6 pst. av de totale forskningspoengene inkludert poeng for kliniske behandlingsstudier, etterfulgt av Helse Vest RHF med 19,5 pst., Helse Midt-Norge RHF med 11,4 pst. og Helse Nord RHF med 7,5 pst. Nærmere beskrivelse av resultater fra helsemålingen for 2021 er tilgjengelig på regjeringens nettsider.

De regionale helseforetakene har ikke nådd målet om at antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2021 skulle øke med 15 pst. sammenliknet med året før.

Beregning av andelen nye pasienter som deltok i kliniske studier i 2021 viser at andelen var om lag 2,5 pst. Andelen er dermed uendret fra 2020, til tross for at det i 2021 var om lag 1 000 flere pasienter som ble rekruttert inn i kliniske studier i helseforetakene og private ideelle sykehus. Pandemien vurderes å være hovedforklaringen på at det ikke har vært en økning i andelen deltakelser. Det nasjonale målet om at andelen deltakelser i kliniske studier er 5 pst. i 2025 fastholdes. Det arbeides aktivt og godt med oppfølgingen av handlingsplanen regionalt og lokalt.

De regionale helseforetakene har etablert NorTrials, et gjensidig forpliktende partnerskap for kliniske studier, i samarbeid med helsenæringen. Første styremøte ble avholdt i februar 2022 og NorTrials ble formelt lansert 20. mai 2022. Koordinerende enhet ved Oslo universitetssykehus har vært i drift siden oktober 2021. Seks NorTrials-sentre er etablert ved universitetssykehusene innen temaene hjernehelse, hjerte og kar, kreft, autoimmune sykdommer, fordøyelsessykdommer og medisinsk utstyr. Sentrene skal fungere som nav i nasjonale nettverk.

I tråd med oppdrag gitt i tilleggskildet i 2021 har de regionale helseforetakene sikret god informasjon til pasienter med MS om muligheten for å delta i klinisk utprøving av stamcellebehandling i Norge, samt vurdert strategier som kan bidra til at flere får delta.

For niende år på rad har de regionale helseforetakene utarbeidet en felles årlig rapport,

Forskning og innovasjon til pasientens beste, Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2021. I rapporten presenteres et utvalg av prosjektene som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og nasjonale nøkkeltall for forskning og innovasjon legges frem. Kreft er det fagområdet som ble tildelt mest forskningsmidler. Andelen brukermedvirkning i forskningsprosjekter er økt fra 20 pst. i 2014 til 84 pst. i 2021. Data fra rapportering på ny innovasjonsindikator i helseforetakene er inkludert i rapporten. Indikatoren for nytte er fortsatt under utvikling. Det har vært en økning i innovasjonspoengene fra 833 i 2020 til 998 i 2021.

Måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene gjennomføres hvert annet år. Målingen for 2021 ble for første gang gjennomført av Statistisk sentralbyrå, etter at ansvaret for gjennomføring av målingen ble flyttet til byrået fra NIFU. Samlet ble det rapportert om 3 350 forskningsårsverk og samlede driftskostnader til forskning på nærmere 4,7 mrd. kroner i 2021. Beløpet inkluderer forskning finansiert over grunnbudsjettet og eksterne finansieringskilder. Det ble utført om lag 120 forskningsårsverk mer i 2021 enn i 2019, dette gir en økning på 3,7 pst. Forskningskostnadene utgjorde i gjennomsnitt 2,8 pst. av rapporteringsenhetenes samlede driftskostnader til alle sykehusenes oppgaver. Helse Sør-Øst stod for nesten 70 pst. av de samlede forskningsressursene målt i både årsverk og driftskostnader. Helse Vest er nest største region.

De regionale helseforetakene har tildelt 100 mill. kroner til fem nasjonale kliniske behandlingsstudier gjennom Program for klinisk behandlingsforskning innen rusavhengighet, hjernesykdommer og genterapi. Prosjektene omfatter områder med stort behov for ny kunnskap. Gjennom deltakelse i studiene vil pasienter få tilbud om deltakelse i avansert, utprøvende behandling. Bakgrunnen for tildelingen var Prop. 195 S (2020–2021) og Innst. 600 S (2020–2021), der det ble gitt en økt bevilgning til nasjonale behovsidentifiserte studier som gir tilgang til klinisk utprøving av nye legemidler og andre behandlingsmetoder til prioriterte pasientgrupper. Midlene ble lyst ut gjennom en ekstraordinær utlysning i programmet Klinisk behandlingsforskning i 2021. De prioriterte områdene var bruk av amfetamin som substitutt for behandling av personer med rusmiddelavhengighet, behandling av hjernesykdommer som demens og ALS og bruk av genterapi for behandling av pasienter med sjeldne diagnoser og tilstander som uhelbredelig blodkreft, øyesykdommer, sjeldne immunsykdommer og alvorlige sykdommer som rammer barn.

Bedre bruk av helsedata

De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet flere oppdrag knyttet til å legge til rette for økt bruk av data fra de medisinske kvalitetsregistrene gjennom deltakelse i Helsedataprogrammet og innføring av fellestjenester.

Arbeidet er siden 2020 organisert i et interregionalt prosjekt. Helseregionene samarbeider tett seg imellom og med Direktoratet for e-helse, og det er utarbeidet en prosjektplan for stegvis innføring av fellestjenester for medisinske kvalitetsregistre. Felles søknadsskjema ble i 2021 tatt i bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregistre som er tilknyttet lovbestemte registre. Oppstart av innføring i de øvrige nasjonale medisinske kvalitetsregistrene er planlagt i løpet av 2022. Innbyggertjenestene for samtykke og innsyn er utviklet og det pågår bredding til alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helseregionene melder i tillegg om at nærmere 20 kvalitetsregistre er i gang med overføring av data til metadatakatalogen på helsedata.no. Se for øvrig nærmere omtale av Helsedataservice og tjenester for enklere tilgang til helsedata under kap. 744, post 01, og medisinske kvalitetsregistre på kap. 701, post 71.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

Stortinget behandlet Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* i mai 2020. Meldingen er fulgt opp med flere oppdrag og krav til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene. Hovedtemaene i meldingen var samhandling, psykisk helse, kompetanse, akuttmedisinske tjenester, teknologi og digitalisering.

I foretaksmøtet 14. januar 2020 ble det stilt krav om utarbeidelse av regionale og lokale utviklingsplaner, og gitt føringer for innhold i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan. De regionale helseforetakene har revidert veilederen for utviklingsplaner i tråd med føringene fra protokollen, og videreformidlet kravene til helseforetakene. De regionale utviklingsplanene vil ferdigstilles innen utgangen av desember 2022.

Helsedirektoratet fasiliterer et nasjonalt nettverk for erfaringsutveksling og informasjonsdeling for de 19 helsefelleskapene. Hvert helsefelleskap er invitert til å stille med en representant fra helseforetaket og en fra kommunene. De regionale helseforetakene og KS regionalt deltar også i nettverket. Stortinget har bevilget tilskuddsmidler til sekretariatsfunksjon for de sam-

arbeidende kommunene i helsefelleskapene. Regjeringen foreslår å videreføre dette i 2023.

Stortinget vedtok i juni 2021 endring i helse- og omsorgstjenesteloven som innebærer at samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak skal omfatte en konkret beskrivelse av hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenestene (jf. Innst. 576 L (2020–2021), Prop. 102 L (2020–2021)). Lovendringen trådte i kraft 1. august 2022.

Økonomi og investeringer

Styrene i de regionale helseforetakene har et ansvar for at virksomhetene drives innenfor de økonomiske rammene som er stilt til disposisjon av Stortinget på en måte som både ivaretar daglig drift og behovet for langsiktig utvikling, inkludert investeringer. Budsjettene fastsettes av styrene innenfor de gitte rammene og måloppnåelsen vil avhenge av faktisk utvikling i driften og aktiviteten i sykehusene og av faktorer som pris- og lønnsutvikling mv. God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2021 hatt en tett oppfølging av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har rappor-

tert til departementet hver måned på økonomisk resultat, likviditet, aktivitet, bemanning og sykefravær, samt tertialvis på kontantstrøm og investeringer. Rapporteringen følges opp i møter mellom departementet og de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har også i 2021 og 2022 hatt utfordringer med driften som følge av koronapandemien.

Det ble i felles foretaksmøte i januar 2021 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som fulgte av Prop. 1 S (2020–2021), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2021 slik at sørge for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Det ble også satt en ramme for bruk av driftskreditt.

Årsregnskapene for 2021 ble godkjent i felles foretaksmøte i juni 2022. Tre av fire helseregioner hadde positive økonomiske resultater i 2021. Samlet resultat i 2021 var på 4 118 mill. kroner. Resultatene må ses opp mot investeringsbehovene og planene i årene framover.

Resultatene i 2021 påvirkes i tillegg av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 17 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 50 mill. kroner.

Tabell 5.5 Årsresultat 2018–2021 (mill. kroner)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Årsresultat 2018	1 768	668	602	205	3 242
Årsresultat 2019	2 009	662	530	181	3 382
Årsresultat 2020	2 593	1 534	1 523	552	6 202
Årsresultat 2021	2 078	845	1 217	-22	4 118

For både 2020 og 2021 har driftssituasjonen for helseforetakene blitt betydelig påvirket som følge av koronapandemien. Ekstrabevilgningene som ble gitt bidro til at pandemien likevel ikke ga negative utslag i sykehusøkonomien. Det er til dels

store forskjeller på hvor hardt det enkelte helseforetak ble rammet og flere regioner ble i 2020 kompensert mer enn hva de i sum hadde av registrerte negative effekter. Det er naturlig å se økonomien i pandemiårene i sammenheng.

Tabell 5.6 Budsjettet økonomisk resultat i 2022 (mill. kroner)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
Budsjett 2022	1 474	495	12	256	2 237

Investeringer

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Midler til investeringer inngår derfor i basisbevilgningen og ikke som øremerkede tilskudd.

Helseforetakene gjennomfører for tiden omfattende investeringer og benytter også oppspart likviditet avsatt til dette. Økte byggepriser har gitt større likviditetsbelastning enn hva som lå til grunn i helseforetakenes budsjetter.

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 (P85), 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.

De årlige kostnadene knyttet til investeringer fremkommer i foretakenes regnskaper som avskrivninger og reflekterer slitasje og elde på bygg og utstyr fra tidligere års investeringer. Mens avskrivningskostnaden er en relativt stabil størrelse og utgjorde 7,5 mrd. kroner i 2021, vil de årlige investeringene variere avhengig av hvilke utbygginger som pågår. Skal sykehusbygg og -utstyr oppgraderes i tråd med dagens krav og standarder og nye teknologiske løsninger må investeringsnivået ligge over årlige avskrivninger. I 2021 investerte helseforetakene for 16,8 mrd. kroner. Hensyntatt av- og nedskrivninger, samt salg og korrigeringer i balansen, innebar dette at den regnskapsmessige verdien på helseforetakenes driftsmidler samlet sett økte med 9,3 mrd. kroner i 2021.

Tabell 5.7 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2021 (mill. kroner)

	2003	2014	2020	2021	Endring 2020–21	Pst. endr. 2020-21	Pst. endr. 2014–21	Pst. endr. 2003–21
Helse Sør-Øst	36 913	45 097	48 712	51 699	2 897	6,1	14,6	40,1
Helse Vest	12 095	14 445	21 593	25 920	4 327	20,0	79,4	114,3
Helse Midt-Norge	9 001	14 094	14 723	16 203	1 480	10,1	15,0	80,0
Helse Nord	8 578	10 371	16 391	16 898	507	3,1	62,9	97,0
Sum	66 587	84 306	101 419	110 720	9 301	9,2	31,3	66,3

Kilde: De regionale helseforetakenes regnskaper 2021

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr til 66 mrd. kroner. I perioden 2014–2021 har den regnskapsmessige verdien av sykehusenes bygg og utstyr økt med 26,4 mrd. kroner, fra 84,3 mrd. kroner til 110,7 mrd. kroner. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Vest er den regionen med relativt størst økning i verdien av bygg og utstyr i perioden fra 2014 og den største økningen det siste året. Her gjennomfører nå alle helseforetakene i regionen større utbyggingsprosjekter. Helse Sør-Øst har relativt sett hatt den minste økningen de siste syv årene, men denne regionen har nå omfattende oppgraderingsplaner. 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 forvalter betydelige beløp og verdier på vegne av samfunnet for å sikre gode spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetakene oppdaterer årlig økonomisk langtidspan. Langsiktig planlegging og prioriteringer er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester. De regionale helseforetakene legger gjen-

nom sine langtidsplaner til rette for at helseforetakene kan nå målene for pasientbehandlingen.

Langtidsplanene 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.

De økonomiske langtidsplanene bygger på vedtatte strategier i de regionale helseforetakene, som igjen baseres på nasjonale strategier og føringer, og gjeldende økonomiske rammebetingelser. Helseforetakene opplyser at økonomisk langtidsplanlegging har vært spesielt utfordrende under den gjeldende økonomiske situasjonen, med bl.a. økte bygge- og materialpriser. Alle de regionale helseforetakene har lagt til grunn at igangsatte prosjekter og prosjekter som har fått statlige lånerammer videreføres. Helseforetakene vil følge markedsutviklingen tett og fremdriftsplaner på flere planlagte prosjekter vil bli endret sammenliknet med de investeringsbehov og planer som helseforetakene har spilt inn i økonomisk langtidsplan.

Helseforetakenes oppdaterte økonomiske langtidsplaner for perioden 2023 til 2026 inneholder betydelige investeringer. Som følge av den økonomiske situasjonen og usikkerheten i markedsutviklingen er det også usikkerhet knyttet til framdriften. Det er derfor ikke tatt inn en tallfestet oversikt over investeringsplanene.

Helse Sør-Øst RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner som har fått statlige lånerammer:

- nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus
- nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken
- klinikkbygg og protosenter ved Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus
- første trinn i utvikling av nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus
- ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus
- utbygging og stråleterapi ved Sykehuset Telemark, Skien
- samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus

I tillegg gjennomføres program for standardiserings- og IKT-infrastrukturmodernisering.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)
- stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus
- akuttbygg ved Sørlandet sykehus

Det ligger inne flere prosjekter i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner som planlegges gjennomført og som er regionalt prioritert, men som avhenger dels av fremdriften i andre prosjekter og dels av planlagt resultatutvikling. Dette gjelder bl.a. videreutvikling av Oslo universitetssykehus, etappe 2. Det er inngått avtale med Oslo kommune om utbygging av storbylegevakt på Aker, hvor Oslo universitetssykehus skal leie arealer. Driften av storbylegevakt vil bli videreført innenfor rammen av dagens samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune. Videre gjennomføres Klinikk for laboratoriemedisin ved Oslo universitetssykehus i Livsvitenskapsbygget. Livsvitenskapsbygget er et samarbeidsprosjekt mellom Kunnskapsdepartementet og Helse Sør-Øst.

Helse Vest RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner som har fått statlige lånerammer:

- byggetrinn 2 av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen
- oppgradering og modernisering ved Helse Førde
- nytt sykehus i Stavanger inkl. behandlingsbygg og universitetsarealer
- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna (trinn 1 og 2)
- protosenter ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

Det pågår planarbeid knyttet til oppgradering ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen og byggefase 2 ved Stavanger universitetssjukehus.

Helse Midt-Norge RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner som har fått statlige lånerammer:

- nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal
- Helseplattformen

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- utvikling av sykehuset i Ålesund

I tillegg pågår det planarbeid knyttet til senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital.

Helse Nord RHF

Pågående prosjekter over 500 mill. kroner som har fått statlige lånerammer:

- nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge
- nytt sykehus i Hammerfest ved Finnmarks-sykehuset

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- utvikling av Nye Helgelandssykehuset
- nytt bygg for psykisk helse og rus ved Universitetssykehuset Nord-Norge

Organisering av luftambulansetjenesten

I Hurdalsplattformen går det fram at Regjeringen vil forberede statlig overtakelse av luftambulan-sen og utrede modeller for samarbeid med ideelle. Regjeringen har besluttet at det videre arbeidet vil ta utgangspunkt i rapporten «Organisering av luf-tambulansetjenesten» som ble avlevert av en ekspertgruppe i mars 2021. Det er utlyst en anbudskonkurranse for å utrede nærmere de øko-nomiske og administrative konsekvensene i de ulike modellene i rapporten med frist sommeren 2023. Sentrale aktører, herunder de ansattes orga-nisasjoner, vil bli involvert på egnet måte i arbei-det. Regjeringen vil legge fram forslag til framtidig organisering for Stortinget i 2024.

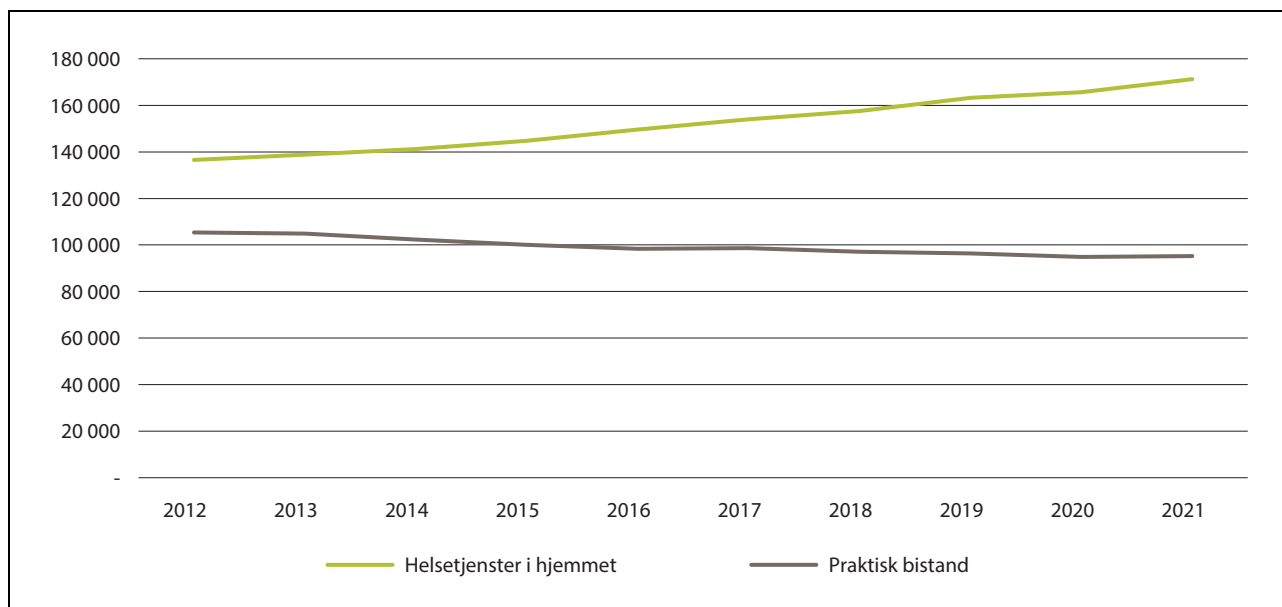
6 Utviklingstrekk i omsorgstjenesten

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. Kommunene har over tid fått nye oppgaver, og samtidig har de hatt en 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. I tillegg blir velferdsteknologi en stadig viktigere del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pandemien har preget driften av omsorgstjenestene gjennom store deler av 2021.

Datakilder som Kostra og Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) gir detaljert informasjon om omsorgstjenestenes brukere og hvilke tjenester de får.¹

I 2021 var det ifølge SSB om lag 379 800 unike personer som mottok omsorgstjenester i løpet av året, dette er en økning på 2,3 pst. fra 2020. Per 31. desember 2021 var det om lag 295 900 brukere av omsorgstjenester. Omsorgstjenester omfatter alt fra sykehjemstjenester til velferdsteknologi. Ser vi nærmere på noen utvalgte tjenester per 31. desember 2021 ser vi at det har vært en vekst i helsetjenester i hjemmet, i BPA og i bruk av velferdsteknologi, mens det er en nedgang i bruk av langtidsopphold på institusjon og praktisk bistand. Dette er en utvikling som har vært over noe tid.

¹ Ved tolkning av data for 2020 og 2021 må man ta hensyn til at pandemien har påvirket kommunenes drift, at effektene av kommunereformen fortsatt er til stede og at det er har vært noe endret rapporteringspraksis.



Figur 6.1 Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand 2012–2020

Merknad: Personer som mottar begge tjenestene er inkludert i begge grafer.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Av omsorgstjenestenes mottakere per 31. desember 2021 visert tall fra KPR at om lag 70 pst. var tjenestemottaker i eget hjem, om lag 15 pst.

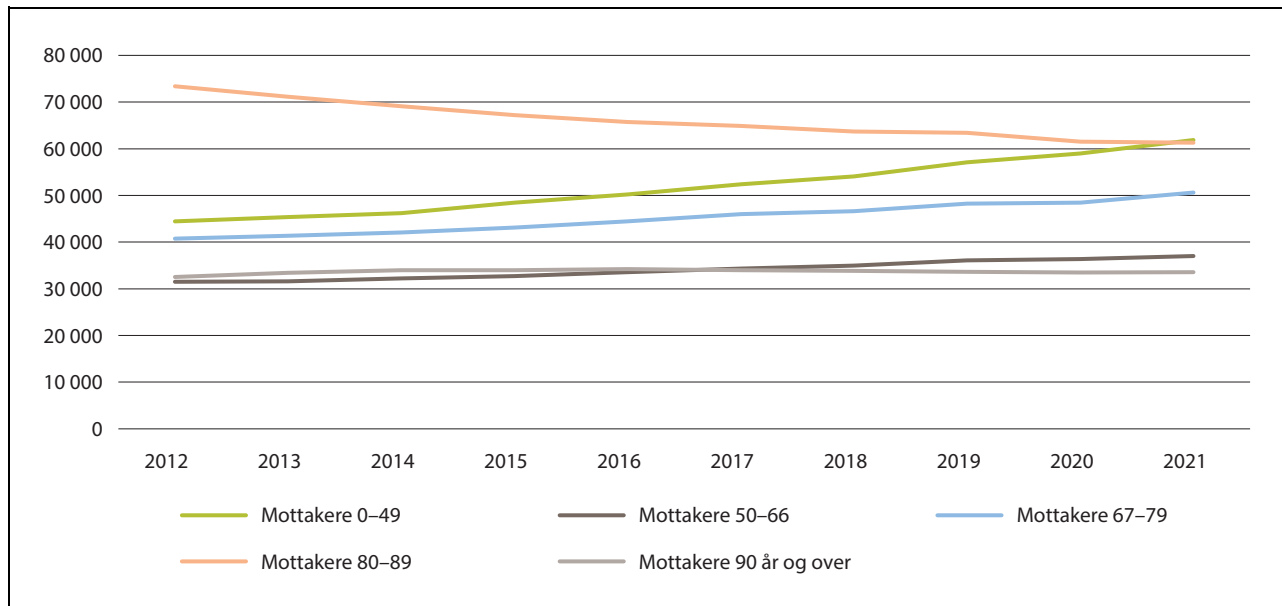
hadde vedtak om opphold i institusjon og om lag 15 pst. bor i bolig som kommunen stiller til disposisjon.

Andelen innbyggere over 80 år som har vedtak om hjemmetjenester² er på 28,6 pst., dette er en

nedgang på 1 pst. siden 2020, og en nedgang på 10,6 pst. siden 2017.

Blant mottakerne med langtidsopphold i institusjon har 87 pst. omfattende bistandsbehov. Til sammenligning var det 13 pst. av dem som bor i egen bolig som hadde omfattende bistandsbehov.

² Helsetjeneste i hjemmet, praktisk bistand (praktisk assistanse, BPA og opplæring), omsorgslønn og avlastning.



Figur 6.2 Mottakere av praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet og tjenester i institusjon etter alder per 31. desember 2011–2021

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Antall brukere og andelen som mottar helse- og omsorgstjenester øker med alderen. I aldersgruppen 80–89 år er om lag 45 pst. brukere av kommunale omsorgstjenester gjennom året. I aldersgruppen 90 år og eldre mottar nær 88 pst. en eller flere tjenester gjennom året. Ser man bort fra den aller yngste aldersgruppen (0–17 år) er kvinnene de største brukere av helse- og omsorgstjenester. Mer enn 40 pst. av tjenestemottakerne gjennom året er nå personer under 67 år.

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 omsorgstjenesten ikke øker i samme takt som endringen i eldrebefolkningen. Den økende eldrebefolkningen fremover kommer like fullt til å være en driver bak veksten i tjenestene. Mange av de som mottar omsorgstjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. De stør-

ste endringene over tid i de kommunale omsorgstjenestene skjer derfor i hjemmetjenestene.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2021 var om lag 3 870 brukere som mottok tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Det har vært en økning i antall BPA-mottakere fra og med 2015 på om lag 26 pst.

Det er i 2021 om lag 115 000 personer som i 2021 benytter ulike velferdsteknologiske løsninger som trygghetsalarm, lokaliseringsteknologi, digitalt tilsyn eller elektronisk medisineringsstøtte. Velferdsteknologiske løsninger benyttes i hovedsak av eldre (67 år og over).

6.1 Personell

Det har i perioden 2011–2021 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale omsorgstjenestene. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene.

Tabell 6.1 Årsverk i omsorgstjenestene 2012–2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Årsverk ¹	131 180	132 694	134 324	130 9945	132 689	136 908	140 119	144 387	146 026	148 819

¹ SSB har tatt i bruk en ny metode som gir bedre informasjon om årsverk fra 2015, omtalt på ssb.no. Derfor er det brudd i statistikken mellom 2014–2015.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det var om lag 148 819 avtalte årsverk i omsorgstjenestene i 2021. Det er en prosentvis økning fra 2020 på rundt 1,9 pst. Blant personell i omsorgstjenestene er andelen årsverk i brukerrettet tjeneste med helse- og sosialfaglig utdanning økte fra om lag 77,7 pst. i 2020 til om lag 77,8 pst. i 2021.

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.

NAV estimerer i 2021 en mangel på 3 350 sykepleiere, 1 400 spesialsykepleiere og 1 900 helsefagarbeidere for helse- og omsorgstjenestene som helhet. KS' arbeidsgivermonitor for 2020 viser at det er særlig krevende å rekruttere sykepleiere. Beregninger foretatt av SSB i 2020 i Helsemod viser en økende mangel på særlig sykepleiere og helsefagarbeidere i årene fremover. Dette berører særlig omsorgstjenestene. Personellsituasjonen har i 2020 og 2021 vært preget av håndteringen av covid-19, der det gjennom statsforvalterne rapporteres om kapasitetsutfordringer knyttet til den samlede oppgavemengden i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Se kap. 10.60, del II for en nærmere redegjørelse av kommunens håndtering av covid-19.

6.2 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. I 2021 var det om lag 39 050 sykehjemsplasser. Standarden på institusjonsplassene fortsetter å øke. I 2021 utgjorde enerommene 98,8 pst. av alle rom.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2021 var om lag 26 160 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 over 80 år per 31. desember har de siste 10 årene ligget stabilt rundt 27/28 pst. Samtidig får mange brukere et omfattende tjenestetilbud i hjemmet. Utviklingen av tjenestetilbud i omsorgssektoren må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem.

6.3 Kommunens utgifter til omsorgstjenester

Tall fra Kostra (SSB) viser at kommunens brutto driftsutgifter til omsorgstjenesten var om lag 142,7 mrd. kroner i 2021. Det vesentligste av kommunens utgifter til omsorgstjenesten finansieres gjennom kommunens frie inntekter. For kommunene utgjorde inntektene fra brukerbetaling for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen om lag 7,8 mrd. kroner i 2021. I tillegg bevilges en rekke øremerkede tilskudd til omsorgsformål over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Det ble i 2022 utbetalt om lag 1 mrd. kroner over Kommunal- og distriktsdepartementets budsjett til kommunene gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester. Kommunene fikk i 2021 en rekke tilleggsbevilgninger med bakgrunn i pandemien.

Tabell 6.2 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mrd. kroner) 2012–2021

Brutto-driftsutgifter	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 ²	2021
Kommunene	343,2	363,2	379,2	389,1	410,0	434,3	454,8	478,1	489,0	520,7
Kommune- helsetjenester	13,0	13,9	15,0	15,5	16,8	17,8	19,4	21,0	23,6	32,5
Omsorgstjenester ¹	90,2	94,5	100,9	101,8	107,4	112,7	121,1	128,5	129,6	142,7

¹ Omfatter Kostrafunksjon 234, 253, 254 og 261.

² Årgang 2020 er oppdatert.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

7 Administrative fellesomtaler

7.1 Likestilling og mangfold

Innledning

Alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av forhold som utdanning og økonomi, kjønn, etnisitet, funksjonsevne, alder, seksuell orientering, kjønnsidentitet mv., samt kombinasjonen av slike forhold. I arbeidet med folkehelsepolitikken og med å skape vår felles helse- og omsorgstjeneste, er det viktig å være bevisst på hvordan slike forhold kan ha betydning for hvordan man innretter det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og for hvordan det kan påvirke pasienters og brukeres behov for behandling og oppfølging.

Kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Det er viktig å ha en særlig oppmerksomhet på likeverdige helse- og omsorgstjenester i et kjønnsperspektiv.

Det er derfor utnevnt et utvalg som har i oppdrag å utarbeide en NOU om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Utvalgets arbeid er godt i gang, og utredningen skal etter planen overleveres 8. mars 2023. Utredningen vil være et viktig grunnlag i arbeidet med den kommende kvinnehelsestrategien.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer en strategisk satsing på forskning på kvinners helse, og helse i kjønnsperspektiver gjennom Forskningsrådet på 20 mill. kroner årlig. I tillegg inngår tematikken som en del av den ordinære helseforskningsaktiviteten departementet finansierer gjennom Norges forskningsråd. Midlene var også del av en fellesutlysning høsten 2020 på forskning på kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv, der Forskningsrådet øremerket omlag 50 mill. kroner til denne tematikken.

I 2020 ble den nasjonale kompetansetjenesten for kvinnehelse avviklet, og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i Helse Sør-Øst RHF etablert. Se omtale under kap. 732, post 78 og kap. 780, post 50.

Helsedirektoratet er i gang med å etablere nasjonale pasientforløp for smertetilstander og utmattelsestilstander, som er sykdommer som oftere rammer kvinner.

Mangfold i helse

Det er også viktig at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om andre forskjellsskapende dimensjoner, slik som funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet, religion, 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.

Regjeringen vil, i tråd med omtale i Hurdalsplattformen, utarbeide en ny fireårig handlingsplan for nasjonale prioriteringer og innsats. Planen skal gjelde fra 2023. Handlingsplanen skal bl.a. se på levekår og psykisk helse, og gjennomgå og styrke tilbudet til personer med kjønnsinkongruens.

Menn i helse

«Menn i helse» har som formål å bidra til rekruttering av menn til omsorgssektoren. Tiltaket rekrutterer menn mellom 25–55 år som har en egnet ytelse fra NAV. Målet er fagbrev som helsefagarbeider gjennom et komprimert utdanningsløp. Menn i helse er et samarbeid mellom kommuner, NAV, fylkeskommune, KS og Helsedirektoratet. Prosjektet ledes av KS.

Siden 2011 har tiltaket utdannet over 700 menn til fagbrev. 92 pst. har fått relevant jobb som helsefagarbeider og er ikke lenger avhengig av ytelser fra NAV. Menn i helse er så langt en av de mest vellykkede satsingene på rekruttering av menn til omsorgssektoren.

Menn i helse har så langt etablert seg i ni fylkeskommuner og 140 kommuner har tegnet samarbeidsavtaler med Menn i helse. Tiltaket vil legge til rette for å øke volumet på innsøkingen av egnede og motiverte kandidater, som gjør at flere starter utdanningsløpet og dermed flere som fullfører med fagbrev. Det jobbes kontinuerlig for flere læringsplasser og å forankre forpliktelsene i

samarbeidsavtalen med deltakende aktører. Prosjektet har ifølge Helsedirektoratet bidratt til å gi kjønnsperspektivet oppmerksomhet.

«Menn i helse» inngår i Kompetanseløft 2025. Se omtale kap. 761, post 21.

Heltidskultur

Regjeringen ønsker å redusere bruken av deltidstillinger i helse- og omsorgstjenesten, og at det også her utvikler seg en heltidskultur.

Heltidskultur er tema i regjeringens opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Denne planen følges opp i Kompetanseløft 2025. Økt omfang av heltidsstillinger byr på muligheter for årsverksvekst og virker i tillegg positivt på rekrutteringen til tjenestene, sykefraværet, vikarbruken, den ansattes mulighet til å holde seg faglig oppdatert og bidra positivt i arbeidsmiljøet, og på kvaliteten på tjenestene. For å få til dette må det etableres en heltidskultur i tjenestene som motvirker både uønsket og ønsket deltid, og å etablere turnusmodeller som i økt grad legger til rette for heltidsstillinger. Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten består av flere tiltak som bidrar til dette.

Det er i foretaksmøte med de regionale helseforetakene stilt krav om at arbeidet med utviklingen av en heltidskultur videreføres og forsterkes, og at flest mulig medarbeidere tilsettes i faste, hele stillinger. 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 kan gi 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 likestilling, samt økt kvalitet og kontinuitet i tjenesten. Det er økt bevissthet og kunnskap i organisasjonene omkring denne utfordringen og det arbeides for å utvikle nye og fleksible løsninger. Ledere og tillitsvalgte i sykehusene samarbeider 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.

Kjønnsbalanse

Mer enn 70 pst. av medarbeiderne i sykehusene er kvinner. I kommunale helse- og omsorgstje-

nester er kvinneandelen i underkant av 85 pst. Både helseforetakene og kommunene bør derfor vurdere å ha strategier for å rekruttere bedre fra begge kjønn.

Andelen kvinnelige fastleger har økt betydelig de senere årene. Mens 28,8 pst. av fastlegene i 2001 var kvinner, var andelen kvinnelige fastleger 46 pst. ved utgangen av 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner styrer for de regionale helseforetakene. Styrene oppfyller lovens krav til minimum 40 pst. representasjon av begge kjønn, og per 2022 er to av fire styreledere kvinner. I sykehusene er flertallet av ansatte kvinner, mens mindretallet av toppledere er kvinner. Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere stilt krav til de regionale helseforetakene om at de må bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. De regionale helseforetakene har rapportert til departementet at de arbeider aktivt med å øke andelen kvinnelige toppledere i sykehusene.

Vold og overgrep

Vold og overgrep er en betydelig folkehelseutfordring, men også et likestillingsproblem. Selv om både menn og kvinner utsettes for vold, utsettes kvinner i langt større grad for alvorlig og gjentatt vold. Flere kvinner enn menn utsettes for alvorlig vold fra partner, som å bli sparket, tatt kvelertak på eller bli banket opp. Om lag én av ti norske kvinner rapporterer at de i løpet av livet har blitt voldtatt. Noen jenter utsettes også for kjønnslemlestelse, som kan gi store fysiske og psykiske helsekonsekvenser for den som er utsatt.

Helse- og omsorgstjenestene spiller en viktig rolle i arbeidet med å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, og i å følge opp og behandle både voldsutsatte og voldsutøvere. Ansvaret for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep er tydeliggjort i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Regjeringen har besluttet at det skal legges fram en ny opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Regjeringen ønsker også å se nærmere på vold knyttet til eldre som mottar omsorgstjenester, og har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere tiltak for en helhetlig oppfølging av Helsedirektoratets rapport om vold i sykehjem fra sommeren 2021.

Likestillingsrapport

Tabell 7.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2021 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	5/4
Avd.direktør mv.	17/8
Fagdirektør	6/8
Underdirektør	7/5
Spesialrådgiver	11/12
Seniorrådgiver	81/28
Rådgiver	14/4
Førstekonsulent	14/4
Totalt	146/72

Statistikken bygger på personaladministrative data. I 2021 var 67 pst. av de ansatte kvinner og 33 pst. var menn. Av ekspedisjonssjefer/departementsråd var 55 pst. kvinner. Av avdelingsdirektører var 68 pst. kvinner.

Av totalt 18 ansatte i midlertidige stillinger var 13 kvinner og 5 menn. Ansatte i HOD har i all hovedsak fulltidsstillinger. I 2021 jobbet 6 ansatte i reduserte stillinger. Det var en overvekt av kvinner i reduserte stillinger. Ingen ansatte i HOD jobber ufrivillig deltid. Totalt 6 ansatte var i foreldrepermisjon. Det var en overvekt av kvinner som var ute i fødselspermisjon. Menn hadde gjennomsnittlig foreldrepermisjon på 14 uker, og kvinner hadde gjennomsnittlig 32 uker foreldrepermisjon.

Tabell 7.2 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	4,4 %
Menn	0,96 %
Alle	3,25 %

Helse- og omsorgsdepartementet hadde i 2021 et gjennomsnittlig fravær som følge av sykdom på 3,25 pst., som er en oppgang på 1,25 pst. fra foregående år.

Tabell 7.3 Lønnsforskjeller i kroner på ulike stillingsnivå, Helse- og omsorgsdepartementet

Avdelingsdirektør	9 646 (M)
Underdirektør	56 265 (K)
Spesialrådgiver	158 995 (M)
Fagdirektør	53 838 (M)
Seniorrådgiver	5 044 (K)
Rådgiver	9 943 (M)
Førstekonsulent	10 334 (K)
Totalt	73 494 (M)

Ekspedisjonssjefene/dep.råd. er ikke med da de er på lederlønsktrakter.

Statistikken bygger på gjennomsnittslønnen fra personaladministrative data for 2021.

Direktoratet for e-helse

Ved utgangen av 2021 hadde Direktoratet for e-helse 209 ansatte, hvorav 134 kvinner og 75 menn. Fem kvinner var ansatt i midlertidige stillinger. Direktoratet hadde ingen deltidsansatte. Det er et mål å ha flest mulig ansatte i heltidsstillinger. I direktørens ledergruppe var det tre kvinner og fire menn. Kvinneandelen i direktoratets lederstillinger totalt sett utgjør 54 pst.

Ni ansatte var i foreldrepermisjon i 2021 (syv kvinner og to menn). Gjennomsnittlig antall uker med permisjon var 18,7 (131 dager) for kvinner og 10,7 (75 dager) for menn. En mann og fem kvinner, hadde omsorgspermisjon uten lønn i 2021 (119 dager i gjennomsnitt kvinner, 33 dager for menn).

I alle stillingskategoriene i direktoratet, utenom rådgiver- og seksjonssjefkategorien, er kvinner noe lavere lønnet enn menn. Gjennomsnittslønn i Direktoratet for e-helse for alle stillingskategorier er 895 094 kroner. For kvinner var gjennomsnittslønnen 860 372 kroner og for menn 944 075 kroner. På stillingskategorien seniorrådgiver hadde kvinner en gjennomsnittslønn på 876 492 kroner og menn 924 087 kroner. For stillingskategorien avdelingsdirektør hadde kvinner en gjennomsnittslønn på 1 115 953 kroner og menn 1 201 992 kroner. Dette funnet er basert på en gjennomsnittsberegning av årslønn fordelt på kjønn innenfor alle stillingskategorier. Funnene kan delvis skyldes at gjennomsnittsberegningen ikke tar hensyn til utdanningsbakgrunn, erfaring, alder og/eller oppgaveportefølje mv.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) hadde 131 ansatte i 2021 mot 126 ansatte i 2020, med en kvinneandel på 60,3 pst. DSA hadde 136 årsverk i 2021 mot 127,2 i 2020. Ledergruppen besto av fem kvinner og to menn. På seksjons-sjefs-nivå var det fem kvinner og seks menn. Det var ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori. Andelen av midlertidig tilsetning i DSA var liten, dette gjelder for både kvinner og menn. Det var ingen større forskjell i bruken av deltidsstilling eller i uttaket av foreldrepermisjon. Kvinners årslønn var i 2021 97,7 pst. av menns årslønn. For kvinner var gjennomsnittslønnen 709 627 kroner og for menn 726 022 kroner. Sykefraværet i DSA var i 2021 2,71 pst.

Eldreombudet

Eldreombudet ble etablert 2020. I tillegg til åremålsbeskikkelse av eldreombudet, var det per 2021 fire årsverk, hvorav ett engasjement. To av fem årsverk er kvinner inklusiv eldreombudet som leder virksomheten. Eldreombudet har ingen ansatte i deltidsstillinger. Utover eldreombudet som har lederlønn, er fagstillingene besatt av menn og det er ingen kjønnsrelaterte lønnsforskjeller.

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet hadde 1 096 årsverk ved utgangen av 2021. Andelen kvinner utgjør 66 pst. og er uendret gjennom flere år. Det er samme fordelingen hos faste og midlertidige ansatte. I toppledergruppen er det 70 pst. kvinner, blant seksjons- og avdelingsledere 75 pst. Av fagdirektører (både med og uten personalansvar) er det 56 pst. kvinner. I forskerstillinger er det en kvinneandel på 54 pst.

I Folkehelseinstituttet er det ikke store lønnsforskjeller mellom kvinner og menn på sammenliknbare funksjoner og nivåer. Instituttet er opptatt av at kvinner og menn får like muligheter for å delta i meritterende aktiviteter, som i neste runde gir grunnlag for lønns- og karriereutvikling.

Ufrivillig deltid, er ikke en utfordring på instituttet. Deltidsansatte er i hovedsak ressurspersoner fra andre fagmiljøer og institusjoner tilknyttet instituttet i bistillinger (oftest 20 pst. stilling). Blant disse er kvinneandelen 40 pst. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon for menn i 2021 var 9,5 uker. For kvinner var tallet 20 uker.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet inklusiv Pasient- og brukerombudene hadde ved utgangen av 2021 i alt 790 medarbeidere. Kjønnfordelingen var 71 pst. kvinner og 29 pst. menn, tilsvarende som for 2020. Videre er kvinneandelen i ledende stillinger på 48 pst.

Gjennomsnittlig årslønn ved utgangen av året var 757 327 kroner. Gjennomsnittlig årslønn for kvinner utgjorde 736 716 kroner og for menn 808 594 kroner. Topplederløningene er holdt utenfor dette snittet.

De dominerende stillingsgruppene i Helsedirektoratet er seniorrådgiver og rådgiver. Det var totalt 482 seniorrådgivere, hvorav 334 kvinner. Gjennomsnittlig lønn for kvinner var 754 627 kroner. Det tilsvarte 93,9 pst. av lønn til menn. Det var 119 rådgivere, hvorav 94 var kvinner. Gjennomsnittlig lønn for kvinner var 583 849 kroner. Det tilsvarte 98,6 pst. av lønnen til menn. I gruppen direktør med 4 kvinner og 3 menn var den gjennomsnittlige lønnen til kvinner 1 304 700. kroner. Det tilsvarte 103,4 pst. av lønnen til menn. Gjennom lokale 2.5.1 – lønnsoppgjørene forsøker etaten å utjevne utilsiktede lønnsmessige skjevheter, og lønnsmessig likestilling mellom kjønnene har særlig prioritet.

I Helsedirektoratet er det 41 ansatte som jobber deltid. Av disse er 51 pst. kvinner og 49 pst. menn. Deltidsbruken er i hovedsak knyttet til tre forhold:

- faste ansatte i heltidsstillinger har fått redusert stilling pga. helse- eller velferdsmessige behov
- timelønnede som løser ekstraoppgaver, inklusiv studenter og pensjonister på pensjonsvilkår
- et fåtall bistillinger der arbeidstaker har hovedstilling hos en annen arbeidsgiver

Helsedirektoratet har 513 ansatte faste stillinger, hvorav kvinner utgjør 359. Det er 132 midlertidige stillinger, hvorav 91 kvinner. Gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon for menn i 2021 var 10 uker. For kvinner var tallet 13 uker.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

Etaten har en overvekt av kvinnelige ansatte. Det er flest kvinnelige søkere i rekrutteringsprosessene, og dette gjenspeiler seg i ansettelsene. Ved utgangen av 2021 hadde Helseklage en mannsandel på 23 pst. (41 av 175 medarbeidere). Dette er én pst. høyere enn i 2020. Hovedvekten av etatens ansatte er jurister. Kvinneandelen i etaten gjenspeiler kjønnfordelingen på jusstudiene.

For ledergruppen er den kjønnsmessige balansen noe bedre. Tre av ni ledere er menn. Dette utgjør 33 pst. og er tilsvarende som i 2020. Helseklage bruker i all hovedsak midlertidig ansatte som vikarer for medarbeidere som er ute i permisjoner. Det skal være gode muligheter for begge kjønn til å avvikle foreldrepermisjon i etaten. Gjennomsnittlig antall uker i foreldrepermisjon for kvinner var 34 uker, mot 15 uker for menn.

Ved utgangen av 2021 hadde etaten 14 midlertidige ansatte, hvorav 12 var kvinner. 19 personer arbeidet deltid, hvorav 11 var kvinner. Tallene for deltidsarbeid må sees i sammenheng med hvilke grupper medarbeidere som er ansatt i deltidsstillinger. Dette er i stor grad medisinsk sakkyndige (leger og tannleger) hvor de fleste er menn, eller jusstudenter som i hovedsak er kvinner. I tillegg er det en del av etatens personalpolitikk å gi omsorgspermisjon til medarbeidere som har behov for det i småbarnsfasen. Deltidsstillinger er avklart og frivillig.

Det er små lønnsforskjeller mellom kjønn på stillingsnivå. Rådgiver er den største gruppen med 71 ansatte. Andel kvinner var 85 pst. Den gjennomsnittlige lønnen til kvinner var 588 999 kroner. Det er 1,4 pst. høyere enn for menn. Seniorrådgiver er den nest største gruppen med 35 ansatte. Kvinneandelen utgjorde 71 pst. Her var den gjennomsnittlige lønnen til kvinner 703 288 kroner. Det er 1,2 pst. høyere enn for menn.

Norsk pasientskadeerstatning

Per 31. desember 2021 hadde NPE 165 ansatte. Kvinner utgjorde 73 pst. av den totale arbeidsstokken. Blant alle lederne var kvinneandelen 76 pst. Andel midlertidig ansatte: én kvinne av 165 ansatte. Andel i foreldrepermisjon (hele året): ti av 165 ansatte, ni kvinner og én mann. Kvinner hadde i gjennomsnitt 37,2 uker foreldrepermisjon, og menn i hadde i snitt 36,3 uker. Dette gjelder når permisjonen startet i 2020 eller gikk over i 2022.

Erfaringsmessig er det stor overvekt av kvinner som søker stilling i NPE, særlig på stillinger som saksbehandlere av pasientskadesaker. Dette til tross for at etaten oppfordrer alle kvalifiserte kandidater til å søke, uavhengig av kjønn.

NPE hadde åtte medarbeidere som var ansatt i deltidsstilling, alle etter eget ønske. Ved ledighet i stillingskategorier hvor etaten har ansatte på deltid, tilbys disse økning til full stilling før stillingen lyses ut.

En overordnet lønnskartlegging viser at det jevnt over er liten lønnsforskjell innen de ulike stil-

lingskodene. Unntaket er for seniorrådgiverkoden, hvor det er noe forskjell. Kartleggingen er lagt fram for de tillitsvalgte. Det er enighet om at forskjellene bla. skyldes at etatens IT-seksjon (hvor alle for tiden er mannlige seniorrådgivere med relativt høyt lønnsnivå ut fra markedssituasjonen) gir relativt stort utslag i et begrenset antall medarbeidere i denne stillingskoden. Etaten mener at dette har større forklarings effekt enn kjønn i seg selv.

Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn hadde ved utgangen av 2021 en kvinneandel på 70 pst; 132 ansatte, hvorav 93 kvinner og 39 menn. I stillingsgruppen ledere (avdelingsdirektør, underdirektør og fagsjef) er 56 pst. kvinner. Dette ligger godt innenfor Hovedavtalens mål om 40 pst. kvinner i lederstillinger innenfor definert lederstillingsgruppe. Statens helsetilsyn arbeider for at begge kjønn gis samme mulighet for karriereutvikling og lønns- og arbeidsvilkår. Strukturelle forhold påvirker lønnsforholdene mellom kjønn i Helsetilsynet, bl.a. er det en overvekt av kvinner i den yngste aldersgruppen. Unge arbeidstakere med relativt kort arbeidserfaring tjener mindre enn arbeidstakere med lang erfaring. Ved utgangen av 2021 var 9 medarbeidere ansatt i midlertidige stillinger, 7 kvinner og 2 menn. 12 kvinner og 9 menn, totalt 21 medarbeidere, var registrert som deltidsansatte. Ved utgangen av 2021 hadde Statens helsetilsyn totalt 6 kvinner og 1 mann i foreldrepermisjon/gradert foreldrepermisjon. Foreldrepermisjoner går ofte på tvers av årsskifter. Gjennomsnittlig, total lengde for foreldrepermisjonene har vært 33,8 uker for kvinner og 15 uker for menn. Dette er medregnet den delen av permisjonen som ble påbegynt i 2020 / avsluttet i 2022.

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 om lag 79 pst. av arbeidsstokken, og toppledergruppen består av tre kvinner og tre menn. Mellomledergruppen har 17 kvinner og fem menn. En gjennomgang av de mest brukte stillingskoder (rådgiver og seniorrådgiver) viser svært små forskjeller i gjennomsnittslønn mellom kjønn. Legemiddelverket har kontinuerlig fokus på arbeidet med sin livsfasepolitikk. Ved utgangen av 2021 var det 24 kvinner og fire menn som var

midlertidig ansatt i Legemiddelverket. I tillegg hadde de 11 studenter på timebasis, hvorav ni kvinner og to menn. De fleste midlertidige var ansatt i forbindelse med koronapandemien og mange arbeidsforhold avsluttes inneværende år. I deltidsstillinger var det totalt 19 ansatte hvorav 18 kvinner (12 fast ansatte og seks midlertidig ansatte) og en mann (fast ansatt). Legemiddelverket hadde i 2021 20 medarbeidere i foreldrepermisjon som samlet hadde permisjon i 608,2 uker. I gjennomsnitt utgjør dette 30,4 uker per permisjon.

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) startet i mai 2019 arbeidet med å motta og håndtere varsler om alvorlige hendelser og bekymringsmeldinger fra helse- og omsorgstjenesten. Ved utgangen av 2021 var det totalt 24 fulltidsansatte i Ukom. Den totale kvinneandelen var på 73 pst, mens andelen kvinner i ledende stillinger var på 83 pst. I tillegg var det seks ansatte medarbeidere i 20-prosentstillinger. Alle disse er menn. En gjennomgang av de ulike stillingskategoriene viser at det ikke er noen tydelige forskjeller i lønn med bakgrunn i kjønn. Forskjeller i lønn skriver seg fra alder, utdanningsnivå og erfaring.

For seniorrådgivere som gruppe er kvinnes gjennomsnittlige årslønn 102 pst. av mennenes lønn. Totalt i virksomheten er kvinnes gjennomsnittlige årslønn 126 pst. av mennenes lønn. Forskjellene skriver seg fra forskjell i ansvar og utdanning og handler ikke om kjønn.

Utover de som er ansatt i 20 pst. fagstillinger, er det ingen som har deltidsstillinger i Ukom. Ufrivillig deltid er derfor ikke ansett som en utfordring.

7.2 Omtale av lønnsvilkårene mv. til ledere i heleide statlige virksomheter

Helse Sør-Øst RHF skiftet administrerende direktør med virkning fra 7. mai 2021. Avgått administrerende direktør mottok i 2021 lønn på 1 526 909 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 7 765 kroner. Pensjonskostnadene til avgått administrerende direktør utgjorde 133 192 kroner. Viseadministrerende direktør var konstituert som administrerende direktør frem til 7. september 2021. Ny administrerende direktør tiltrådte 7. september og mottok i 2021 lønn på 679 197 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til

236 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 125 017 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser via Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet og har ingen avtale om tilleggspensjon. Under gitte forutsetninger har administrerende direktør rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF mottok i 2021 lønn på 2 122 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 13 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 351 000 kroner. Administrerende direktør har ordinær ytelsespensjon i KLP. Det er inngått avtale med administrerende direktør om inntil 12 måneders etterlønn dersom administrerende direktør blir sagt opp eller selv velger å si opp etter oppfordring fra styret eller styreleder. Avtalen gjelder ikke dersom det foreligger grovt pliktbrudd eller vesentlig mislighold av arbeidsavtalen. Rett til etterlønn bortfaller dersom administrerende direktør tiltrer en annen stilling eller mottar inntekter fra egen næringsvirksomhet.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF mottok i 2021 lønn på 2 082 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 189 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 409 000 kroner. Administrerende direktør har offentlig tjenestepensjon 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 2021 lønn på 2 076 000 kroner, mens annen godtgjørelse beløp seg til 84 000 kroner. Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 342 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom styret etter eget ønske eller i samråd med administrerende direktør beslutter å avvikle arbeidsforholdet, har administrerende direktør rett til etterlønn fra fratredelsesdatoen. Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden kan i sum ikke overstige 12 månedslønner.

Administrerende direktør i Norsk helsenett SF mottok i 2021 lønn og feriepenger på 2 072 378 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 35 966 kroner. Pensjonskostnadene utgjorde 338 927 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. I ansettelsesavtale med administrerende direktør er det avtalt rett til 9 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 i AS Vinmonopolet mottok i 2021 lønn på 2 688 000 kroner, mens andre godtgjørelser beløp seg til 213 000 kroner.

Pensjonskostnadene til administrerende direktør utgjorde 217 000 kroner. AS Vinmonopolets pensjonsordninger er organisert gjennom Statens pensjonskasse. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår og ingen avtale om tilleggspensjon. Det følger av ansettelsesavtalen at administrerende direktør, ved fratredelse etter styrets ønske, har rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Lønn i oppsigelsestiden er inkludert i etterlønnen.

8 Internasjonalt samarbeid

Helse- og omsorgsdepartementet deltar på internasjonale arenaer hvor viktige beslutninger fattes. Formålet er å fremme og ivareta norske helseinteresser, bidra til gode fellesskapsløsninger og sikre at nasjonale tiltak utvikles i sammenheng med verden omkring oss. Dette innebærer å dele, og å ta del i utviklingen av kunnskap, kompetanse og erfaringer internasjonalt.

Koronapandemien viser til fulle hvor sårbare og uforberedte land er for nye smittsomme sykdommer med pandemisk potensial, og at internasjonalt samarbeid er helt sentralt i håndteringen av denne typen kriser. Norges helseberedskap er avhengig av velfungerende og velfinansierte internasjonale systemer for beredskap og respons mot helsekriser. For Norge er det viktig med en sterk tilknytning til EUs helseberedskap, og å understøtte WHO's ledende, normerende og koordinerende rolle i internasjonalt helsearbeid, samt global deling av kunnskap og informasjon.

Departementet vil forbedre nasjonal og global helseberedskap gjennom å bidra til løsninger som retter politisk oppmerksomhet mot helsesikkerhet, bedre og mer finansiering, sterkere systemer for samarbeid, bl.a. gjennom styrking av WHO, og sterkere forpliktelser for samarbeid mellom land. Kriser krever mer samarbeid på tvers av landegrensene, ikke mindre.

Å sikre nasjonal og global tilgang til medisinske mottiltak som legemidler, vaksiner, medisinsk utstyr og smittevernutstyr under pandemier er essensielt. Få land, om noen, har tilstrekkelig innenlandsk produksjon av varer og utstyr som er nødvendige for å håndtere en helsekrise alene. Som en liten og åpen økonomi er også Norge avhengig av handel og samarbeid med andre land for å sikre tilgang til nødvendige medisinske mottiltak – i og utenfor globale helsekriser.

Samarbeidet med de nordiske landene om helseberedskap har vært viktig under pandemien. De nordiske helseministrene har signert en erklæring om styrket nordisk helseberedskap som skal følges opp for et enda bedre samarbeid i fremtiden.

EU styrker nå sin beredskaps- og responsevne for medisinske mottiltak, ved å utvikle en ny

helseberedskapsmyndighet HERA, som skal legge til rette for at nødvendige medisinske mottiltak utvikles og produseres raskt ved en helsekrise. HERA er imidlertid bare ett element i en bredere europeisk helseunion, som skal ruste Europa for fremtidige helsekriser. Pandemien har vist at det politiske og faglige samarbeidet med EU er avgjørende for vår nasjonale håndtering, bl.a. gjennom deltakelse i EUs vaksineanskaffelser, sentrale organer som EUs legemiddelbyrå EMA, EUs smittevernbyrå ECDC, EUs forsknings- og innovasjonsprogram og en rekke politiske og faglige fora, som uformelle helseministermøter, EUs helsesikkerhetskomité, og Rådets krisehåndteringsmekanisme IPCR. Det er i norsk interesse å være en del av styrkingen av disse europeiske fellesløsningene.

Krigen i Ukraina har aktualisert behovet for og merverdien av europeisk helseberedskap og kriserespons på ny. Norge har gjennom EUs ordning for sivil beredskap (UCPM) gitt omfattende bistand til Ukraina og naboland i form av medisinsk materiell, utstyr og legemidler. Norge deltar også aktivt i det europeiske samarbeidet for medisinsk evakuering av pasienter fra Ukraina.

Også samarbeidet innen Verdens handelsorganisasjon (WTO) står sentralt i nasjonal og global helseberedskap og krisehåndtering. Norge har en sterk interesse av å støtte opp under WTO og den forutsigbarhet og åpenhet som det multilaterale handelssystemet er basert på.

I 2015 vedtok FNs medlemsland 17 globale mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Med disse målene er det vedtatt et rammeverk for utvikling og samarbeid om verdens utfordringer. Målene gjelder for alle land. Målene er integrerte og udelelige («*integrated and indivisible*»), altså påvirker de alle hverandre. Miljø, økonomi og sosial utvikling ses i sammenheng. Arbeidet for helse, livskvalitet og utjevning av sosiale forskjeller står sentralt. Helseforvaltningen har et særskilt ansvar for å følge opp bærekraftsmål 3 om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. I tillegg følger helseforvaltningen opp andre helserelaterte bærekraftsmål.

Smittsomme sykdommer kan ikke bekjempes av noen land alene. Det samme gjelder for antiimi-

krubiell resistens. Resistente mikrober truer med å sette moderne medisin flere tiår tilbake, siden legemidler mot vanlige infeksjoner blir ineffektive. Derfor har Norge bl.a. valgt å delta i det nye partnerskapet om én helse/antibiotikaresistens gjennom Horisont Europa.

Ikke-smittsomme sykdommer utgjør den viktigste årsaken til for tidlig død i verden, bl.a. grunnet risikofaktorer som tobakk, alkohol og andre rusmidler, usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet. Nesten en fjerdedel av alle dødsfall på verdensbasis er relatert til miljøforhold og da særlig luftforurensning.

Verdens klimautfordringer påvirker både helse og miljø. Luftveislidelser, tilgang til rent drikkevann, sunn og trygg mat, endringer i risikofaktorer og eksponering for varme og fukt, spredning av pollen og smittsomme sykdommer er eksempler på forhold som vil påvirke folks helse. Endringer i klima, miljø og natur påvirker folkehelsen både direkte og indirekte, både fysisk og psykisk. Befolkningens kosthold og livsstil påvirker også klimaet.

Klimatilpasning og behovet for utslippsreduksjon angår alle sektorer på tvers av landegrenser, og forskning og utvikling av måter å møte klimendringene på vil være avgjørende. Det er et omfattende forskningssamarbeid både nordisk, regionalt og globalt. Regjeringen har satt ambisiøse mål for reduksjon av klimagassutslipp, jf. Meld. St. 13 (2020–2021) *Klimaplan (2021–2030) og Norges deltakelse i COP26 helseprogram*.

Halvparten av verdens befolkning har ikke tilgang til grunnleggende helsetjenester. Universell helsedekning innebærer å gi folk tilgang til essensielle helsetjenester uten at folk drives ut i fattigdom. Universell helsedekning vil styrke helseberedskap og vil også kunne gi bred samfunnsmessig og økonomisk utvikling.

Migrasjon og demografiske endringer stiller helsesystemer overfor nye utfordringer. Moderne teknologi og digitale løsninger revolusjonerer vår mulighet til å forebygge, diagnostisere og behandle sykdommer. Samtidig reiser digitale helseteknologier, slik som kunstig intelligens, spørsmål og utfordringer knyttet til monitorering, regulering og personvern.

Gjennom internasjonale avtaler, bl.a. EØS-avtalen, er Norge forpliktet av internasjonalt regelverk på en rekke områder. Det gjelder for eksempel på legemiddelområdet, næringsmiddelområdet og regelverk om helsepersonell. Manglende implementering og oppfølging av internasjonale forpliktelser kan få store konsekvenser for folkehelsen.

Norge har i handelssammenheng, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), forpliktet seg på flere områder som angår helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester og på matområdet. 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.

Økende politisering av helsefaglige spørsmål i multilaterale fora er utfordrende for et lite land som Norge. De siste årene har vi sett at utenrikspolitiske spørsmål i økende grad tas inn i helsepolitiske- og faglige fora. I tråd med denne utviklingen må vi sikre tilstrekkelige ressurser og riktig kompetanse for å fremme og ivareta Norges helsepolitiske og faglige interesser internasjonalt.

De overnevnte grenseoverskridende og globale utfordringene krever styrket samarbeid på tvers av sektorer, landegrenser og internasjonale arenaer.

Sentrale arenaer for internasjonalt samarbeid

Sentrale arenaer for det internasjonale samarbeidet er Den europeiske union (EU), Nordisk Ministerråd, De forente nasjoner (FN) og Verdens helseorganisasjon (WHO), Europarådet, Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD), og samarbeidet i Barentsregionen og Den nordlige dimensjon.

Den europeiske union (EU) og Det europeiske økonomiske samarbeid (EØS)

EØS-avtalen er en av Norges viktigste internasjonale avtaler, og samarbeidet med EU er av stor betydning for Norge. Gjennom EØS-avtalen er Norge fullt integrert i EUs indre marked. Dette berører store deler av departementets ansvarsområde, herunder regelverk for næringsmidler, drikkevann, tobakk, legemidler og medisinsk utstyr. Også på andre områder setter EUs regelverk rammer for norsk regelverksutforming, f.eks. knyttet til behandling av personopplysninger, dekning av utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land og godkjenning av helsepersonell. Videre deltar departementet i EU/EØS samarbeidet på områder som kreft, antibiotikaresistens, digital helse, forskning- og innovasjon. Norge er tett knyttet til EU på helseberedskapsområdet, og regjeringen vurderer det som essensielt at Norge bidrar inn i EUs styrkede helseberedskap.

Norske myndigheter deltar i EUs byråer på helse- og mattrygghetsområdet; Den europeiske

myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA), EUs legemiddelbyrå (EMA), EUs smittevernbyrå (ECDC) og EUs narkotikaovervåkningscenter (EMCDDA).

Departementet skal være en aktiv pådriver overfor EU. Dette innebærer å ivareta norske interesser innenfor helse, omsorg og mattrygghet ved å medvirke tidlig i prosesser og politikktutforming i EU.

Norge deltar i helseprogrammet, EU4Health (2021–2027) og EUs forskningsprogram, Horisont Europa. EU4Healths overordnede mål er å bidra til å beskytte europeiske borgere mot grenseoverskridende helsetrusler, forbedre tilgjengeligheten til medisinsk utstyr, legemidler og annet kriterelatert utstyr, understøtte helsefremmende og forebyggende tiltak, innsats mot kreftsykdom, samt bidra til å styrke de nasjonale helse-systemene. Styrking av helsesystemer skal bl.a. skje gjennom å understøtte den digitale omleggingen, styrke koordineringen mellom medlemslandene, samt bidra til økt erfaringsutveksling og datadeling. Det er av stor betydning at Norge deltar i EUs styrkede rolle i europeisk helseberedskap. EU4Health vil finansiere deler av det europeiske helseberedskapsløftet.

I 2021 fastsatte regjeringen mål for norsk deltakelse i EU4Health. Målene inkluderer innsatsområder der vi har stor nytte av det europeiske samarbeidet. Deltakelse i EU4Health skal bidra til styrket norsk helseberedskap, en sunn og frisk befolkning (folkehelsesamarbeid), et sterkt digitalt helsevesen, styrket konkurransevne for norsk helsenæring og ny kunnskap.

Norge deltar også i EUs forsknings- og innovasjonsprogram, Horisont Europa. En av prioriteringene her er helseforskning- og innovasjon. Gjennom deltakelse her kan forskere i Norge søke om forsknings- og innovasjonsmidler på samme måte som sine kollegaer i EU. Synergier mellom eksempelvis EU4Health og Horisont Europa vektlegges mer nå enn tidligere, dette er særlig synliggjort i arbeidet med EUs kreftplan og EUs samfunnsoppdrag på kreft.

Målene for EUs forskningsprogram, Horisont Europa, er å fremme og spre kunnskap og teknologi av høy kvalitet og løsninger på globale utfordringer, styrke mulighetene for å ta forskning og innovasjon i bruk med mål om å gjennomføre unionens politikk, støtte innovative løsninger i næringslivet og samfunnet for å adressere globale utfordringer, fremme alle former for innovasjon og støtte opp under at innovative løsninger når markedet og støtte opp under Det europeiske forskningsområdet (ERA). Programmet samsva-

rer i stor grad med regjeringens prioriteringer innenfor forskningspolitikken, og regjeringen har vurdert at det er viktig for Norge å delta i dette samarbeidet.

Europakommisjonen la 3. mai 2022 frem forslag til en forordning om det europeiske helsedataområdet, European Health Data Space (EHDS). Forordningen skal styrke helseberedskapen, sikre innbyggernes tilgang til egne helseopplysninger, og skal være et fundament for sikker tilgang til og bruk av helsedata i EU. Forordningen dekker både behandling av helseopplysninger for helsehjelp og for bruk til forskning og analyse. Se også omtale under kapittel 701.

Norge følger tett EUs arbeid med ny legemiddelstrategi, som skal fremme tilgang, forsyning, utvikling og innovasjon av legemidler. EUs forslag til kreftplan er også et arbeid Norge deltar i, samt arbeidet for bedre mental helse i befolkningen.

Mye av regelverket på matområdet er EØS-basert, og det er viktig at Norge bidrar aktivt i regelverksutviklingen for å sikre norske interesser. I 2020 publiserte Kommisjonen sin nye strategi for hele matkjeden, «From farm to fork», som er en del av EUs Green Deal. Formålet med strategien er å sikre et mer bærekraftig matsystem, inkludert bærekraftig produksjon av sunn og trygg mat. Både økonomiske, miljømessige og sosiale aspekter skal tas hensyn til. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at strategien i all hovedsak er i samsvar med norske holdninger både i mattrygghetspolitikken og ernærings- og folkehelsepolitikken. Tiltakene vil imidlertid kreve store endringer både i matregelverket og i måten vi jobber på. Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Landbruks- og matdepartementet, og Nærings- og fiskeridepartementet, arbeider med å følge opp tiltakene i strategien. EU har også forbedret åpenheten om risikovurderinger med betydning for tryggheten i næringsmiddel- og fødkjeden. Reguleringen av virksomheten og godkjenningprosessen til Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA) er endret, og norske myndigheter følger opp dette arbeidet.

Nordisk ministerråd

Nordisk ministerråd er de nordiske regjeringers formelle samarbeidsorgan. Samarbeidet skal fremme nordisk merverdi ved at utvalgte oppgaver belyses og løses på nordisk nivå for å øke nordisk kompetanse og konkurransekraft. Dette arbeidet blir også brukt som plattform i det europeiske og globale samarbeidet.

Norge har formannskapet i Nordisk ministerråd i 2022. Et av de prioriterte områdene er utviklingen av en digital infrastruktur som gjør det mulig å identifisere, dele, sammenstille og analysere helsedata gjennom nordiske samarbeidsprosjekter (Nordic Commons). Nordic Commons har etablert en prosjektstruktur og en rekke ekspertgrupper er opprettet. Det videre arbeidet innebærer bl.a. å finne relevante bruksområder. Et annet prioritert prosjekt er «Kunnskapsutvikling post covid». Bakgrunnen for prosjektet er en felles nordisk utfordring i hvordan behandle covid-19 smittede som opplever langvarige symptomer. Prosjektet skal kobles til Nordic Commons, bl.a. skal det undersøkes om covid-19 data kan utgjøre en pilot, eller et bruksområde for infrastrukturen. NordForsk er gitt i oppdrag å koordinere og lede prosjektet. En annen prioritering er økt samarbeid om helseberedskap. Nordisk samarbeid kan understøtte pågående initiativer til styrket europeisk helseberedskap. Norden har verdifull erfaring med interregionalt samarbeid å vise til, ikke minst smidig operasjonelt samarbeid. De nordiske helseministrene undertegnet i mars 2022 i Stavanger en erklæring om styrket nordisk helseberedskapssamarbeid. Med denne erklæringen ønsker de nordiske helseministrene å styrke samarbeidet innen flere områder. Bl.a. ved å opprette en mekanisme for deling av situasjonsforståelse, effektivisere bistand ved hendelser og kriser, samt utvikle en infrastruktur for deling av helsedata. Det nordiske helseberedskapssamarbeidet kan også bidra inn i EUs styrkede beredskapsarbeid. Bl.a. vil Nordic Commons kunne fungere som en pilot og senere en integrert del av European Health Data Space.

Som ledd i norsk formannskap i Nordisk ministerråd gjennomføres en nordisk konferanse om fysisk aktivitet høsten 2022 – den første i sitt slag, i et samarbeid mellom de nordiske landene under ledelse av Norge og med oppmerksomhet på felles utfordringer og muligheter knyttet til å fremme fysisk aktivitet. Også som ledd i det norske formannskapet gjennomføres en konferanse om rusforebygging i de nordiske landene. Konferansen vil løfte fram betydningen av kunnskapsbasert forebygging, og virkningsfulle forebyggingsinitiativer i de nordiske landene vil bli presentert. Utviklingstrekk i Europa og Norden når det gjelder bruk av rusmidler blant unge og hvilken betydning det har for det forebyggende arbeidet vil bli diskutert. Det norske formannskapet har også gjennomført et seminar om bærekraftige matsystemer, der bl.a. matsikkerhet i lys av Ukrainakrisen ble belyst. Det skal

også avholdes et nordisk-baltisk møte på drikkevannsområdet.

Som en del av gjennomføringen av Norges formannsapsprosjekt Nordisk forskningssamarbeid for bedre helse (2017–2021), bevilget Nordisk ministerråd 500 000 danske kroner for å utvikle en felles nordisk informasjonsportal om forskningsetisk godkjenning. NordForsk gjennomfører arbeidet innenfor rammene av Nordic Trial Alliance. Arbeidet startet i 2020, men ble forsinket på grunn av pandemien. Den tekniske strukturen er nå på plass, og NordForsk fortsetter arbeidet gjennom Nordic Trial Alliance sine nye nettsider. Prosjektet er dermed avsluttet fra Helse- og omsorgsdepartementets side.

FN og Verdens helseorganisasjon (WHO)

WHO er FNs særorganisasjon for helse og verdens ledende og koordinerende organ i internasjonalt helsearbeid. WHO utsteder globale normer og standarder på helseområdet, og er verdens leder i helsekriser. Organisasjonen utgjør også arenaen for samarbeid mellom verdens helseministre og framforhandling av mellomstatlige regelverk som Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) og Rammeverket for pandemisk influensaberedskap (PIP). WHO's arbeidsområde omfatter hele den globale helseagendaen, inkludert universell helsedekning, ikke-smittsomme sykdommer inkludert psykisk helse, antimikrobiell resistens, og helse og miljø. WHO's tobakkskonvensjon er et viktig grunnlag for å bekjempe tobakksepidemien, både i Norge og globalt.

Globale standarder for mattrygghet og internasjonal handel med mat utarbeides av Codex Alimentarius som er samarbeid mellom WHO og FNs organisasjon for ernæring og landbruk (FAO). Arbeidet er viktig og følges opp av norske myndigheter gjennom aktiv deltakelse.

WHO er en sentral arena for å fremme norske helsepolitiske interesser og en viktig kanal for norsk helsebistand.

Departementet skal være faglig og helsepolitisk premissleverandør for norske posisjoner i WHO og innen global helse.

Departementet følger opp møter på politisk og administrativt nivå også i andre FN-organisasjoner, som FNs narkotikakommisjon (CND) og FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC), FNs organisasjon for ernæring og landbruk (FAO), De forente nasjoners økonomiske kommisjon for Europa (UNECE) og protokollen om vann og helse (sekretariat med representanter fra både WHO og UNECE).

Nordområdene

Helsesamarbeidet i nordområdene skal bidra til et godt helsesystem, god folkehelse og livskvalitet, økonomisk vekst, og legge til rette for utvikling i andre sektorer.

Deler av det faglige samarbeidet under Den nordlige dimensjon, Barentssamarbeidet og Arktisk råd er gjenopptatt og videreføres uten Russland. Dette gjelder også helsesamarbeidet.

Norge overtar lederskapet i Arktisk råd i 2023–2025. Dette blir den viktigste utenrikspolitiske nordområdesatsingen i denne perioden.

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD)

OECD er en viktig aktør for å fremskaffe komparative analyser av medlemslandenes helsesystemer og brukes i nasjonal politikktutforming. Departementet deltar aktivt i OECD på helseområdet. Et viktig mål er at OECD utvikler bedre indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene. Et satsningsområde er pasientrapporterte kvalitetsmål.

Europarådet

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter. Innenfor helseområdet tar Norge del i Pompidou-gruppen, et tverrfaglig samarbeid om narkotikaspørsmål, og i Europarådets direktorat for legemiddelkvalitet (EDQM). EDQM utvikler bl.a. standarder for virkestoffer og hjelpestoffer som inngår i legemidler.

Bilaterale helsesamarbeidsavtaler

Norge og Ukraina har hatt et bilateralt helsesamarbeid siden 2018. Samarbeidet vedvarer etter Russlands angrep og oppdateres løpende i tråd med Ukrainas behov. Viktige elementer er rehabilitering, psykologisk førstehjelp, traumebehandling og sorgstøtte.

9 Omtale av klima- og miljørelevante saker

Regjeringens klima- og miljøpolitikk bygger på at alle samfunnssektorer har et selvstendig ansvar for å legge miljøsinn til grunn for aktivitetene sine og for å medvirke til at de nasjonale klima- og miljømålene kan nås. For en omtale av regjeringens samlede klima- og miljørelevante saker, se Klima- og miljødepartementets fagproposisjon.

9.1 Miljøområde, miljømål og miljøutfordringer

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og statsforvalterne er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåkingen av miljøforurensning. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) har direktoratsoppgaver for Klima- og miljødepartementet innenfor området radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø. DSA har videre ansvar for faglig utredningsarbeid, for tilsyn med radioaktiv forurensning og for å koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljø, i tillegg til internasjonale oppgaver.

Mattilsynet arbeider for å ivareta miljøvennlig produksjon av trygge næringsmidler og trygt drikkevann. En-helse-perspektivet, der folkehelse, plante- og dyrehelse og hensynet til miljøet ses i sammenheng, er grunnleggende i matforvaltningen.

9.2 Arbeid med klima og miljø i spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter statens eierskap av de regionale helseforetakene, som igjen er eier av landets helseforetak. Som det blir uttrykt i Meld. St. 8 (2019–2020) *Statens direkte eierskap i selskaper – Bærekraftig verdiskaping*, er staten opptatt av at selskapenes virksomhet er ansvarlig. Det innebærer å identifisere og håndtere risikoen selskapet påfører mennesker,

samfunn og miljø. Hensynet til bærekraft og samfunnsansvar er reflektert i statens forventninger til selskapene og hvordan staten følger opp selskapene.

Departementet har i sitt styringsbudskap til de regionale helseforetakene bedt om at spesialisthelsetjenesten foretar en helhetlig tilnærming til klima- og miljøutfordringene. Klima- og 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 spesialisthelsetjenesten i 2021

Styrene i de fire helseregionene vedtok i 2021 felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å stoppe klimaendringene og innen 2030 skal sykehusene ha redusert direkte utslipp fra egen drift med 40 pst. Det langsiktige målet er klimanøytral sykehusdrift innen 2045. Klimanøytralitet innebærer at virksomheten ikke slipper ut mer klimagass i atmosfæren enn det virksomheten greier å fange opp eller fjerne. Målene er forankret i FN's bærekraftsmål.

Det utarbeides årlig en felles årsrapport for samfunnsansvar i spesialisthelsetjenesten, «Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar». 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, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF og Pasientreiser HF).

Klimaregnskapet for 2021 viser en reduksjon i utslipp i spesialisthelsetjenesten på 25 pst. fra året før. Dette tilsvarer 88 915,5 tonn CO₂-utslipp fra

2020 til 2021. Hovedårsaken til reduksjonen i utslipp er at Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest har kjøpt gjenvinningskraft. Gjenvinningskraft betyr i praksis at energien fra røyk fra norske industrianlegg blir skilt ut og gjenvunnet, i stedet for å gå rett ut i lufta. Dette er ny teknologi som bidrar til det grønne skifte i industrien og et godt klima- og miljøtiltak.

Planer for videre arbeid i spesialisthelsetjenesten

I foretaksmøtet i januar 2022 stilte Helse- og omsorgsdepartementet krav til de regionale helseforetakene knyttet til det videre arbeidet med klima og miljø. De regionale helseforetakene ble her bedt om dokumentere årlig status i arbeidet med å nå de langsiktige målene innen klimaområdet gjennom spesialisthelsetjenestens rapport om samfunnsansvar. Det ble også stilt krav om at de helseforetakene skal bidra i arbeidet med en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer og helse. Dette er en oppfølging av at Norge sluttet seg til helseprogrammet til FNs klimakonferanse i Glasgow, COP26.

Helseforetakene vil i tillegg til felles mål videreføre lokale miljømål i virksomheten. De regionale helseforetakene vil årlig følge opp felles mål og utvikling i det enkelte helseforetak.

9.3 Rapportering på oppfølging av bærekraftsmålene

Agenda 2030 med FNs bærekraftsmål ble vedtatt av FN i 2015. Bærekraftsmålene består av 17 hovedmål og 169 delmål og utgjør FNs arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Målene er universelle, og alle land har ansvar for å følge opp målene nasjonalt. Målene skal fungere som en felles global retning for stater, næringsliv og sivilsamfunn.

Kommunal- og distriktsdepartementet koordinerer arbeidet med nasjonal oppfølging av bærekraftsmålene. Meld. St. 40 (2020–2021) *Mål med mening – Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030* ble lagt fram i juni 2021 og behandlet i Stortinget i april 2022. Helse- og omsorgsdepartementet har det nasjonale koordineringsansvaret for hovedmål 3 Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. Departementet har i tillegg ansvar for oppfølging av tiltak innenfor delmål under hovedmålene 2, 5, 6, 10 og 11. Det er i et samarbeid med SSB igang-

satt arbeid med å utvikle nasjonale målepunkter knyttet til delmål under mål 3, samt enkelte delmål under mål 2, 5, 6 og 11.

Mål 2 Utrydde sult, oppnå matsikkerhet og bedre ernæring, og fremme bærekraftig landbruk

Delmål 2.2: Innen 2030 utrydde alle former for feilernæring, og innen 2025 nå de internasjonalt avtalte målene som omhandler veksthemming og avmagring hos barn under fem år, og ivareta ernæringsbehovene til unge jenter, gravide, ammende kvinner og eldre personer

Norge har god matsikkerhet. Vi har rammeverk og forvaltningsinstitusjoner som sikrer at maten vi tilbys er trygg å spise. Vi er i dag i stor grad selvforsynt med meieriprodukter, kjøtt, fisk og sjømat, mens vi i større grad er avhengig av import av planteprodukter.

Et overordnet mål for ernæringsarbeidet er et sunt og variert kosthold i hele befolkningen. Generelt er det god ernæringsstatus i Norge. Det er likevel utfordringer knyttet til for høyt inntak av salt, tilsatt sukker og mettet fett, og for lavt inntak av frukt, bær, grønnsaker, grove kornprodukter og fisk. Usunt kosthold og feilernæring er en risikofaktor for sykdom og tidlig død. Forekomst av overvekt og fedme øker. Regjeringen følger opp kostholdsarbeidet gjennom den tverrsektorielle handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen. Handlingsplanen beskriver en rekke mål for kostholdsarbeidet, og omfatter bl.a. tiltak for skoler, SFO, barnehager og helsetjeneste.

Regjeringen vil fremme god ernæring hos eldre bl.a. ved å følge opp Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester og vil jobbe for en hjemmetjeneste som arbeider forebyggende og holder folk friskere.

Mål 3 Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder

Et systematisk og tverrsektorielt folkehelsearbeid legger sammen med velfungerende og tilgjengelige helse- og omsorgstjenester grunnlaget for at de fleste har god helse og god livskvalitet. Den forventede levealderen i Norge er blant de høyeste i verden. I 2021 var forventet levealder 84,7 år for kvinner og 81,6 år for menn. Forventet levealder var i perioden 2014–2020 høyest for de med lang utdanning og lavest for menn med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Med høyere levealder øker både antallet eldre og andelen eldre i befolkningen, og flere vil leve med kro-

niske sykdommer og demens. Samtidig lever mange eldre lenger med god helse og funksjonsevne og har aktive liv, også med kronisk sykdom.

Arbeidet med helse og livskvalitet følges opp gjennom en rekke nasjonale strategier og handlingsplaner innenfor gjeldende politikk. Regjeringen vil våren 2023 legge fram en ny melding om folkehelsepolitikken og en melding om helseberedskap, og disse vil sammen med Nasjonal helse- og samhandlingsplan danne de overordnede rammene for regjeringens helse- og omsorgspolitik. Målet er bedre helse og mestring i befolkningen, bedre ressursbruk og bedre pasient- og brukeropplevelser.

I tillegg til de overordnede rammene omtalt over, er det områder som krever særskilt oppmerksomhet og innsats som regjeringen vil følge opp gjennom bl.a. Opptappingsplanen for psykisk helse, Forebyggings- og behandlingsreformen for rus, Bo trygt hjemme-reformen, Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten og arbeidet med allmennlegefeltet.

Regjeringen vil også arbeide globalt og bidra til at alle land etterlever sine forpliktelser på helseområdet. Dette inkluderer et godt samarbeid med WHO Europa i oppfølgingen av resolusjonen WHA74.8 fra 2021 (the highest attainable standard of health for persons with disabilities) og dermed bidra til å sikre bedre og mer tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til personer med nedsatt funksjonsevne, både nasjonalt og internasjonalt.

Delmål 3.1: Innen 2030 redusere mødredødeligheten i verden til under 70 per 100 000 levendefødte

Norge har god svangerskap- og fødselsomsorg, og det er få kvinner som dør i forbindelse med graviditet og fødsel. I rapporten «Maternelle dødsfall i Norge 2012–2018» framgår det at mødredødeligheten i Norge i perioden 2005–2017 var 6,03 per 100 000. Det er tilnærmet likt som de øvrige landene i Norden.

Delmål 3.2: Innen 2030 få slutt på dødsfall som kan forhindres blant nyfødte og barn under fem år, med et felles mål for alle land om å redusere dødeligheten blant nyfødte til høyst 12 per 1 000 levendefødte og til høyst 25 per 1 000 levendefødte blant barn under fem år

Norge skårer svært godt på indikatorene for dette målet og er ett av verdens tryggeste land å føde i og å vokse opp i. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at dødeligheten i nyfødtprioden er svært lav i Norge. I 2021 var andelen barn som døde i nyfødtprioden (før dag 28) 1,3 per 1 000.

Delmål 3.3: Innen 2030 stanse epidemiene av aids, tuberkulose, malaria og neglisjerte tropiske sykdommer, og bekjempe hepatitt, vannbårne sykdommer og andre smittsomme sykdommer

Trenden med nedgang i meldte hiv-tilfeller fortsetter. I 2021 ble det meldt om 102 hiv-smittede i Norge (64 menn og 38 kvinner), mot 137 tilfeller i 2020. 66 pst. av de nye hivtilfellene var innvandrere smittet før ankomst til Norge. Nasjonal strategi mot hepatitter 2018–2023 følges opp med innsats for å nå målene om å redusere forekomsten av hepatitt C med 90 pst. innen utgangen av 2023, og at ingen i Norge skal dø eller bli alvorlig syke på grunn av hepatitt C. Som ledd i oppfølgingen av nasjonal strategi for bedre seksuell helse har Helseledirektoratet en ordning for utdeling/utsendelse av gratis kondomer til utvalgte målgrupper.

Delmål 3.4: Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og livskvalitet

Norge har forpliktet seg til WHO's mål om 25 pst. reduksjon i prematur død i 2025 sammenlignet med 2010 som følge av de ikke-smittsomme sykdommene kreft, hjerte- og karsykdommer, diabetes og kronisk lungesykdom. Målet er nådd, og det er senere skjærpet til 1/3 reduksjon innen 2030. Norge er på god vei til å nå også 2030-målet.

Koronapandemien har vist sammenhengen mellom smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer. Restriktive smitteverntiltak over tid, og perioder med nedstenging vinteren 2021 og ved årsskiftet 2021/2022, har påvirket levevaner og psykisk helse negativt. Dette har ført til mindre fysisk aktivitet i grupper av befolkningen, begrenset barn og unges deltakelse i organiserte idretts- og fritidsaktiviteter og i egenorganisert lek og fysisk utfoldelse. Allerede før pandemien lå Norge langt unna å nå mål for barn og ungdom om WHO's globale mål om minst 10 pst. reduksjon i fysisk inaktivitet i befolkningen som helhet innen 2025 og med 15 pst. innen 2030 sammenlignet med 2010. Regjeringen følger opp Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 med tiltak i flere departementer. Flere enn tidligere har rapportert om ensomhet og psykiske plager, og det har vært en betydelig økning i spiseforstyrrelser, særlig blant unge jenter.

Norge har forpliktet seg til å nå det globale målet satt av WHO om minst 10 pst. reduksjon i skadelig bruk av alkohol innen 2025 sammenlignet med 2010. Fra 2010 til 2015 var den en tydelig

nedgang i alkoholforbruket, og forbruket har vært nokså stabilt fra 2015 til og med 2019. Fra 2020 økte den registrerte alkoholomsetningen og i 2021 var den på 7,44 liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre. Dette er en økning på 23 pst. fra 2019. Det er grunn til å anta at økningen henger sammen med redusert tax free- og grensehandel under koronapandemien. Folkehelseinstituttet (FHI) har tidligere anslått nivå på det uregistrerte forbruket, men det kan tyde på at dette anslaget har vært for lavt. FHI har derfor fått i oppdrag å oppdatere og forbedre beregningene av det uregistrerte alkoholforbruket.

Regjeringen vil fremme god helse og livskvalitet for alle hele livet gjennom en folkehelsepolitikk som bygger på bredt samarbeid, innsats i alle sektorer og tidlig innsats, herunder videreutvikle arbeidet med måling av livskvalitet. Det pågår arbeid en ny folkehelsemelding som legges fram våren 2023. Meldingen omtaler arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer inkludert psykiske lidelser og tilhørende risikofaktorer og levevaner, og den omfatter som varslet i Hurdalsplattformen en nasjonal strategi for å forebygge ensomhet og å utjevne sosial ulikhet i helse.

I det pågående og omfattende programmet for folkehelsearbeid er målet å utvikle tiltak som kommunene kan bruke for å forebygge psykiske plager og lidelser, fremme lokalt rusforebyggende arbeid og fremme god psykisk helse og livskvalitet. Både i 2021 og 2022 er det fra mange kommuner rapportert om psykisk helse som en stor folkehelseutfordring. Regjeringen vil igangsette tiltak for å øke den psykiske helsekompetansen i befolkningen, bl.a. gjennom befolkningskampanjen *ABC for god psykisk helse*, og det pågår arbeid med en opptrappingsplan for psykisk helse som skal legges fram i 2023. Hovedområdene er det helsefremmende og forebyggende psykiske helsearbeidet, tilgjengelig og nær hjelp og tilbud til dem med langvarige og sammensatte behov. Målet med opptrappingsplanen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet og at de som har psykiske plager og lidelser skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Folkehelsemeldingen som legges fram våren 2023 vil også ha bred omtale av psykisk helse og livskvalitet, samt omtale av den nasjonale livskvalitetsstrategien.

Regjeringen vil jobbe målrettet for å nå nullvisjonen for selvmord ved å følge opp handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025. Selvmord er blant de viktigste årsakene til for tidlig død, særlig blant menn. Hvert år tar 500–600 personer sitt eget liv. Regjeringen følger opp tiltakene i handlingsplanen, bl.a. en pilot for å kartlegge alle

sider ved det enkelte selvmord både innenfor og utenfor helsetjenesten.

Delmål 3.5: Styrke forebygging og behandling av rusmiddelmisbruk, blant annet misbruk av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol

For å styrke forebygging av rusmiddelbruk og behandling av rusmiddelproblemer vil regjeringen i 2023 legge fram en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. herunder et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge, i form av en stortingsmelding. Formålet med reformen er bl.a. å forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. Rusproblematikk skal identifiseres tidlig, og det skal tilbys rask og effektiv hjelp. Behandling, tilbud og tjenester som gis, skal være kunnskapsbaserte helhetlige, koordinerte, effektive og individuelt tilpasset.

Prøveordning med heroinassistert behandling er i 2022 startet opp i Oslo og Bergen og regjeringen legger til rette for å prøve ut substitusjonsbehandling ved avhengighet av sentralstimulerende rusmidler og benzodiazepiner.

Antall narkotikautløste dødsfall var i 2021 betydelig lavere enn året før, med 241 registrerte dødsfall. Det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere antall overdoser, bl.a. gjennom den nasjonale overdosestrategien 2019–2022. Fra 2022 er håndtering av ikke-dødelige overdoser integrert i faglige normerende retningslinjer på rusfeltet. Regjeringen vil følge opp det videre arbeidet mot overdoser i stortingsmeldingen.

Regjeringen følger opp tiltakene i Nasjonal alkoholstrategi 2021–2025 for å nå målet om reduksjon av skadelig bruk av alkohol med minst 10 pst. innen 2025 sammenliknet med 2021. Det har vist seg utfordrende å nå målet etter at det, som følge av reiserestriksjoner under pandemien, har vært en økning i det registrerte forbruket av alkohol, jf. omtale under delmål 3.4.

Delmål 3.6: Innen 2030 halvere antall dødsfall og skader i verden forårsaket av trafikkulykker

Trafikksikkerhetsarbeidet bygger på nullvisjonen – en visjon om at det ikke skal forekomme ulykker med drepte eller hardt skadde i transportsektoren. Det er en ambisjon i Nasjonal transportplan 2022–2033 (NTP) at det innen 2030 maksimalt skal være 350 drepte og hardt skadde i veitrafikken, hvorav maksimalt 50 drepte. Ingen skal omkomme i veitrafikken i 2050. I 2021 omkom 80

personer i trafikken, det laveste antallet siden 1944. Dersom risikoen for å bli drept per kjørt km hadde vært den samme som i toppåret 1970, hadde vi hatt 20 ganger flere omkomne i 2021. Antall drepte og hardt skadde er redusert i alle aldersgrupper. Utviklingen tilsier at det er et særlig behov for forsterket innsats rettet mot aldersgruppen 16-19 år. Også aldersgruppen 75+ må vies oppmerksomhet, både fordi disse har høy risiko i trafikken, og fordi andelen eldre vil øke. Ulykkesutviklingen så langt i 2022 viser en økning i antall drepte.

Delmål 3.7: Innen 2030 sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse, inkludert familieplanlegging og tilhørende informasjon og opplæring, og sikre at reproduktiv helse innarbeides i nasjonale strategier og programmer

Norge har et lovverk som sikrer likeverdig tilgang til tjenester for alle. Samtidig er det variasjon i bruk av helsetjenestene bl.a. ved ulike grad av helsetilstand. Antall svangerskapsavbrudd har sunket de siste ti årene. Dette skyldes trolig både god og enkel tilgang til prevensjon, veiledning og undervisning om seksuell og reproduktiv helse. Strategi for seksuell helse Snakk om det! 2017–2021 har bl.a. som formål å fremme seksuell og reproduktiv helse. Dette gjøres gjennom en tverrsektoriell innsats som både berører forebyggende arbeid, opplæring/utdanning, behandling og oppfølging av sykdom. Planen er forlenget med ett år og det tas sikte på å lansere en ny strategi for seksuell helse fra 2023. Regjeringen vil forbedre informasjonsarbeidet og tilbudet innen seksuell og reproduktiv helse, og dette vil bl.a. følges opp i en ny strategi for seksuell helse.

Delmål 3.8: Oppnå allmenn dekning av helsetjenester, inkludert ordninger som beskytter mot økonomiske konsekvenser, og allmenn tilgang til grunnleggende og gode helsetjenester og trygge, virksomme og nødvendige medisiner og vaksiner av god kvalitet og til en overkommelig pris

I Norge skal alle ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester uavhengig av økonomi. Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal være tilgjengelig for alle. Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil omfatte utvikling av helse- og omsorgstjenesten som skal være nær der folk bor og tilgjengelig. Et viktig mål i ny folkehelsemelding vil være å jobbe for å utjevne sosial ulikhet i helse.

Delmål 3.9: Innen 2030 betydelig redusere antall dødsfall og sykdomstilfeller forårsaket av farlige kjemikalier og forurenset luft, vann og jord

Mennesker kan utsettes for miljøgifter via produkter vi omgir oss med, drikkevann og mat, eller fra byluft, støv og inneluft. Høye enkeltdoser av kjemiske stoffer kan gi akutte effekter, som enten kan være forbigående eller varige. Det er bekymring for at eksponering også for lave doser miljøgifter over lang tid kan gi langtidseffekter som kreft og reproduksjonsskader, eller forstyrre hormonbalansen hos mennesker og dyr.

Norge er blant de landene i Europa der det er lavest risiko for tidlig død på grunn av lokal luftforurensning fra veitrafikk og andre kilder. Lokal luftforurensning er redusert de siste årene, men er fremdeles en utfordring enkelte steder. Norge ligger langt fremme når det gjelder bekjempelse av vannbårne sykdommer.

Delmål 3.a: Styrke gjennomføringen av Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader i alle land

Norge jobber kontinuerlig med å oppfylle delmål 3.a, bl.a. gjennom årlig bidrag til tobakkskonvensjonens sekretariat, til prosjektet FCTC 2030 som bistår med gjennomføring av tobakkskonvensjonen i lavinntektsland samt ved revisjon av den norske tobakksskadeloven. En ny nasjonal tobakksstrategi vil legges frem som del av folkehelsemeldingen våren 2023.

Delmål 3.b: Støtte forskning på – og utvikling av – vaksiner og medisiner mot smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer som primært rammer utviklingsland, sørge for tilgang til nødvendige medisiner og vaksiner til en overkommelig pris, i samsvar med Doha-erklæringen om TRIPS-avtalen og folkehelse, som bekrefter utviklingslandenes rett til fullt ut å anvende bestemmelsene som gjelder adgangen til å verne om folkehelsen og særlig sørge for tilgang til medisiner for alle, i avtalen om handelsrelaterte aspekter ved immaterielle rettigheter

Norge var med på å vedta WTOs ministerbeslutning om TRIPS og ministererklæringen om WTOs respons på covid-19-pandemien og fremtidige pandemier. Disse dokumentene bekrefter medlemmenes rettigheter i TRIPS-avtalen for pandemier, og gir bl.a. ytterligere rettigheter i form av et begrenset unntak fra TRIPS-avtalen for covid-19-vaksiner.

Norge har gjennom juridisk bistand lagt til rette for donasjon av vaksiner mot covid-19 fra EUs vaksineavtaler. Norge samarbeider med CEPI for utvikling av vaksiner som beskytter mot et bredere sett med fremtidige koronavirusvarianter som er mer motstandsdyktige mot dagens vaksiner mot Covid-19.

Delmål 3.c: Oppnå betydelig økt finansiering av helse-tjenester og rekruttering, utvikling og opplæring av helsepersonell i utviklingsland, særlig i de minst utviklede landene og små utviklingsøystater, og arbeide for at slikt personell blir værende i landene

Norge fremmer systematisk oppnåelse av universell helsedekning som politisk prioritet internasjonalt, særlig innen WHO. Utvikling av helsepersonellstyrken er en integrert del av dette. Norge ved Helsedirektoratet er del av ekspertutvalget som gjennomgår effekt og relevans av WHOs globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Delmål 3.d: Styrke kapasiteten i alle land, særlig i utviklingsland, for tidligvarsling, risikoredusering og håndtering av nasjonale og globale helserisikoer

Norge fremmer implementering av Det internasjonale helsereglementet (2005), særlig i lys av ekspertgjennomgangene av responsen mot koronapandemien. Norge vil systematisk fremme dette i de kommende forhandlingene om revisjon av Det internasjonale helsereglementet (2005) og etableringen av en ny pandemitraktat innen rammen av WHO.

Mål 5 Oppnå likestilling og styrke jenters og kvinners stilling i samfunnet

Delmål 5.6: Sikre tilgang til god seksuell og reproduktiv helse og reproduktive rettigheter for alle, i samsvar med handlingsprogrammet fra den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling, handlingsplanen fra Beijing og beslutningsdokumentene fra deres respektive tilsynskonferanser

Regjeringen vil føre en offensiv likestillingspolitikk. Norge vil fortsette å være en pådriver for å beskytte oppnådde resultater og sikre videre fremgang for arbeidet med seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR) nasjonalt og internasjonalt.

Regjeringen vil prioritere kvinnehelse for å sikre likeverdige helsetjenester med mål om å skape åpenhet om kvinnehelse og satse på kunnskap om og bedre utredning, behandling og opp-

følgning av kvinnehelse. Det er oppnevnt et offentlig utvalg som skal lage en ny utredning om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv.

Mål 6 Sikre bærekraftig vannforvaltning og tilgang til vann og gode sanitære forhold

I Norge er det tilfredsstillende sanitærforhold og god tilgang på rent drikkevann. Om lag 99 pst. av befolkningen har drikkevann med tilfredsstillende hygienisk kvalitet, men det er behov for tiltak for å hindre fremtidige problemer. Det kommunale ledningsnett er generelt i dårlig forfatning og lekkasjegraden er høy. I gjennomsnitt lekker 30 pst. av produsert og rensset drikkevann ut før det når forbrukeren. Vannforsyningssystemene kan være sårbare for uønskede hendelser. Alle vannforsyningssystemer skal ha beredskapsplaner slik at det også under kriser, katastrofer eller ved konfliktsituasjoner kan leveres nok trygt drikkevann.

Norge har fastsatt nasjonale mål og iverksatt en rekke tiltak i tråd med WHO/UNECES protokoll for vann og helse. De nasjonale målene skal nå revideres. Drikkevannsforskriften fra 2017 har strengere krav til drift og vedlikehold av ledningsnett, beredskap, leveringssikkerhet og beskyttelse av drikkevannskilder. Forslag til endringer av enkelte av bestemmelsene er sendt på høring i 2022. Folkehelseinstituttet (FHI) kartlegger sykdomsbyrden som følge av konsum av drikkevann. Kartleggingen forventes å foreligge i 2023.

Utslipp av kjemikalier og materialer som kan påvirke vannkvaliteten og drikkevannet er strengt regulert. En stor del av det kommunale avløpsledningsnett er gammelt og/eller dårlig, og mange avløpsrenseanlegg oppfyller ikke renskravene i forureningsregelverket. Dette medfører utslipp av urensset og dårlig rensset avløpsvann.

For langsom fornying av både drikkevanns- og avløpsnett fører til risiko for spredning av urensset avløpsvann til vannforekomster og drikkevannsnett, og dermed fare for spredning av smittsomme sykdommer. Å tilpasse vann- og sanitær-systemene til forventede klimaendringer vil være en utfordring i en del kommuner.

Mål 10 Redusere ulikhet i og mellom land

Regjeringen vil fortsette å arbeide for et samfunn med tillit, små forskjeller og muligheter for alle. Dette inkluderer å videreføre det nasjonale og internasjonale arbeidet for inkludering av marginaliserte og sårbare grupper, herunder mennesker med nedsatt funksjonsevne, i tråd med prinsippet om at ingen skal utelates. Universelle ord-

ninger som barnehage, skole og helsetjenester er viktig for å redusere betydningen av sosial ulikhet for barn og unge tidlig i livet. Sentralt i arbeidet med å redusere ulikheter er å styrke frivillighetens rolle i arbeidet med integrering, forebygging av ensomhet og å skape et aldersvennlig Norge.

Regjeringen vil som varslet i Hurdalsplattformen utarbeide en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Strategien vil inngå som del av ny stortingsmelding om folkehelsepolitikken som legges fram våren 2023.

Mål 11 Gjøre byer og lokalsamfunn inkluderende, trygge, robuste og bærekraftige

Regjeringen er opptatt av å sikre gode og tilgjengelige grøntområder for alle. Tilgang til bolignære

tur-, gange- og aktivitetsområder for alle aldersgrupper er viktig for folks helse og livskvalitet og er derfor vektlagt i Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 – *Sammen om aktive liv*. Regjeringen vil arbeide videre for å sikre aktivitets- og helsevennlige bo- og nærmiljøer, samt for hvordan den helsemessige betydningen av grøntområder kan verdsettes med sikte på planlegging.

I program for et aldersvennlig Norge hvor over 186 kommuner deltar, vektlegges arbeidet med aldersvennlige lokalsamfunn og at eldre selv kan planlegge for en bedre alderdom med egnet og trygg bolig. Regjeringen vil videreutvikle innsatsen for bedre boligløsninger og inkluderende lokalsamfunn tilpasset den eldre befolkningens behov i en ny Bo trygt hjemme-reform som skal legges fram i 2023.

10 Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten

10.1 Innledning

Regjeringen er opptatt av å sikre en desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode og likeverdige tjenester i hele landet. Tydelige grep som gir reelle prioriteringer fremover er avgjørende for å sikre en bedre arbeidsplass for fagfolk, og som gir pasientene, brukerne og deres pårørende den hjelpen de trenger.

Opptappingsplanen har som mål å bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste med tilstrekkelig årsverk med relevant utdanning. Samtidig skal planen understøtte et seriøst arbeidsliv med mer heltid og faste stillinger. Omsorgstjenesten står overfor betydelige bemanningsutfordringer i årene fremover knyttet til den store veksten i antall eldre og en fortsatt vekst i antall yngre brukere. Allerede før pandemien var det en betydelig mangel på helse- og sosialfaglig personell i kommunene. Dette er blitt ytterligere forverret under pandemien. Omfanget og kompleksiteten i utfordringsbildet tilsier at dette ikke er noe kommunene klarer å løse alene. Dette må løses i et samarbeid mellom flere aktører med statlig bistand, med en tilnærming nedenfra og opp gjennom tillitsmodellen, slik at kommunene får de virkemidlene og verktøyene de trenger. Planen skal bidra til langsiktighet i vårt felles arbeid med å møte personellmangelen i omsorgstjenestene.

Opptappingsplanen vil være dynamisk, der strategier og tiltak vil videreutvikles i tråd med utvikling av ny politikk og ny kunnskap. Arbeidet koordineres av Helse- og omsorgsdepartementet, og innholdet i planen er utformet i et tett samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet. Det pågår allerede en rekke relevante prosesser som opptappingsplanen vil ses i sammenheng med, som tillitsreformen og regjeringens arbeid med heltid. Utvikling av nye tiltak vil bl.a. komme gjennom Bo trygt hjemme-reformen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og gjennom oppfølgingen av Helsepersonellkommisjonen. Det vil også være

naturlig å se opptappingsplanen i sammenheng med andre politiske prosesser, som opptappingsplan for psykisk helse, forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, og styrkingen av allmennlegetjenesten. Opptappingsplanen følges opp gjennom Kompetanseløft 2025, der flere av planens virkemidler ligger.

Planen består av en rekke tiltak som skal bidra til at kommunene kvalifiserer, rekrutterer og beholder ansatte, at kommunene organiserer sine tjenester, oppgaver og ansvar for best mulig bruk av tilgjengelig personell, og at kommunene har en god ledelse og planlegging av tjenestene.

Planen vil bl.a. følge opp punktene i regjeringsplattformen om å satse på modeller med økt grunnbemanning og mindre vikarbruk som tiltak for å styrke rekrutteringen og få ned sykefravær i eldreomsorgen; vurdere nye nasjonale tiltak for å sikre rekruttering av sykepleiere til særlig rekrutteringssvake distriktskommuner; og øke tverrfagligheten i eldreomsorgen for å styrke innholdet i tjenesten.

10.2 Status og utviklingstrekk

Én av kommunenes viktigste oppgaver er å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. De kommunale helse og omsorgstjenestene dekker hele livsløpet og har brukere og pasienter i alle aldersgrupper, med svært ulike behov og utfordringer.

Opptappingsplanen omhandler primært omsorgstjenestene, som i hovedsak består av hjemmetjenester og tjenester i institusjon, men som også har betydelige elementer av rusomsorg og psykisk helsearbeid. Omsorgstjenestene er ikke løsrevet fra de andre kommunale tjenestene, og må ses i sammenheng med disse og med spesialisthelsetjenestene.

Helse- og omsorgstjenesten har gjennomgått betydelige endringer de siste tiårene, parallelt med endringer i samfunnet og i befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Dette har

store konsekvenser for behovet for personell og kompetanse, og har bidratt til å skape en økende mangel på faglært personell i tjenestene.

For å sikre en bærekraftig og effektiv omsorgstjeneste må den ta opp i seg utviklingen av ny teknologi. Planen vil derfor ses i sammenheng med regjeringens arbeid med digitalisering, og særlig velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Digitalisering må være kjernekompetanse i omsorgstjenesten, og omsorgstjenesten bør bidra til å motvirke digitalt utenforskap både blant sine ansatte, brukere og pårørende.

10.2.1 Brukernes og pårørendes behov

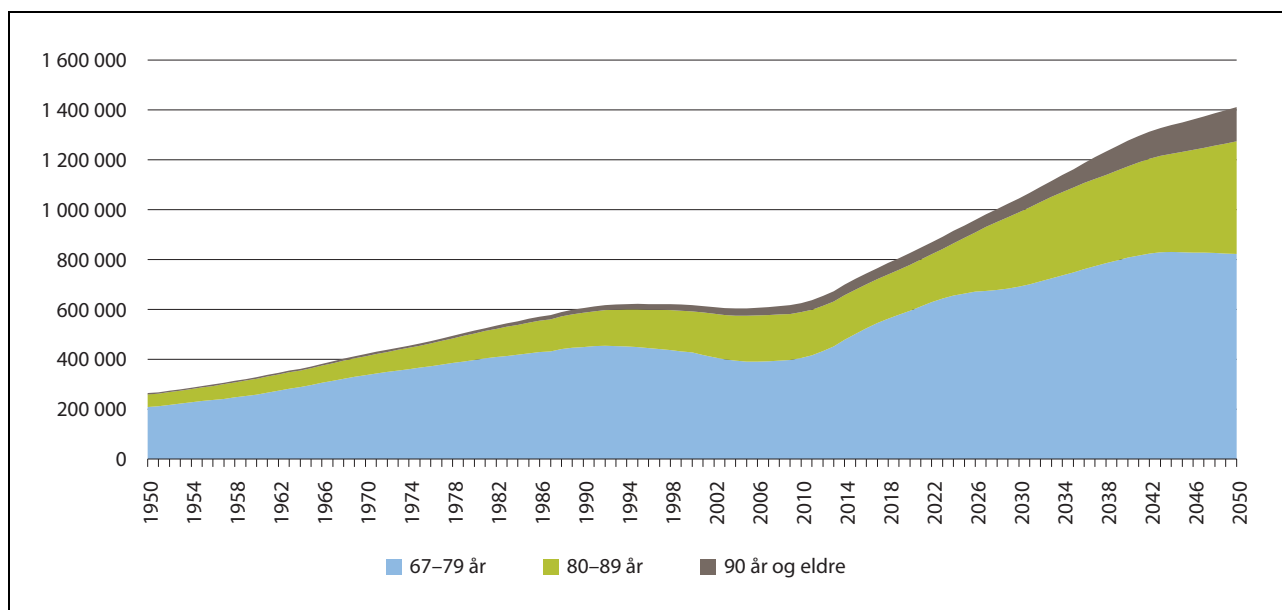
Brukernes behov er i endring både i omfang og innhold. Dagens og framtidens brukere utgjør en mer differensiert gruppe med ulike og mer sammensatte behov. De yngste og eldste mottakerne av omsorgstjenestene er de som oftest har omfattende bistandsbehov, og det er også disse gruppene som vokser mest og vil vokse mest i omfang i årene fremover. I tillegg er bruker- og pasientrollen i endring, med sterkere vekt på brukerorientering og helsekompetanse i befolkningen.

Sterk vekst i antall og andelen eldre mottakere

Statistikk og framskrivninger over demografien viser at Norge står på terskelen til en periode med en sterk vekst i antall eldre i befolkningen (se figur 10.1 og 10.2). Denne veksten vil treffe ulikt i tid mellom kommuner og regioner. Mange kommuner opplever allerede veksten i dag.

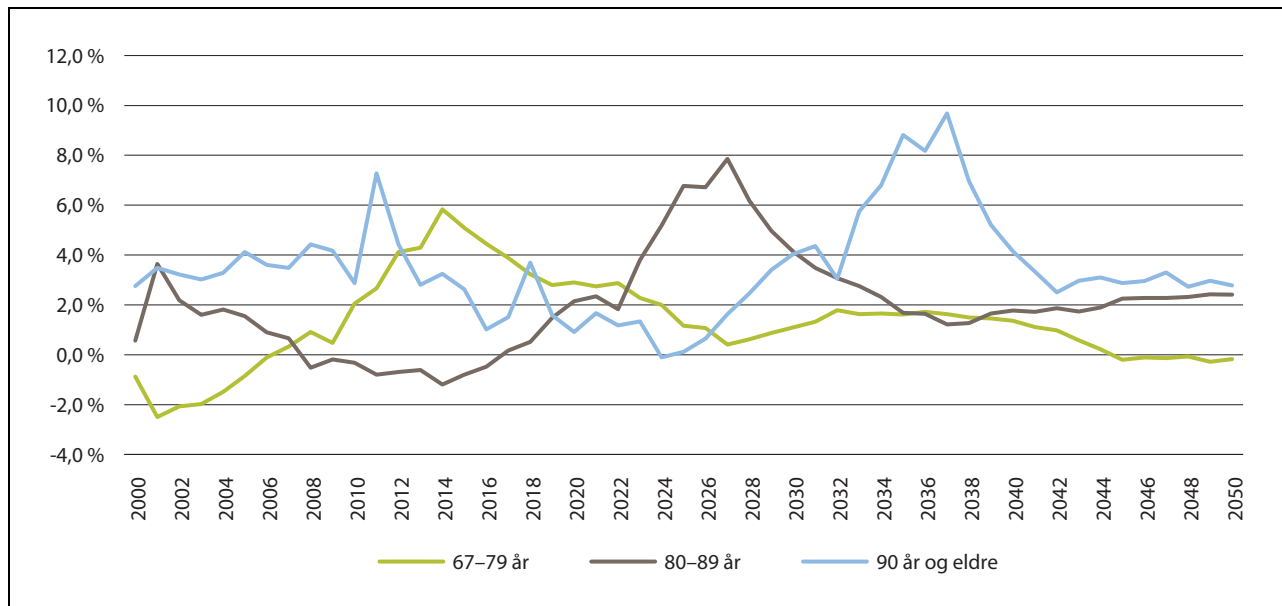
Demens er en aldersbetinget sykdom, som øker i forekomst med økende alder. I dag er det 101 000 personer med demens i Norge og i 2050 vil det være 236 000. Dette vil kreve ny kompetanse og nye arbeidsformer.

Det som først og fremst nyanserer dette bildet er at de nye eldre har helt andre ressurser enn tidligere generasjoner å møte alderdommen med. De har høyere utdanning, bedre boliger, bedre økonomi, har vokst opp under andre forhold, samtidig som kvinner nå har jobbet og tjent opp egen pensjon. Dette er noe av grunnen til at de eldre i dag lever lenger og har en annen helsetilstand, funksjonsevne og andre mestringsmuligheter enn tidligere generasjoner eldre. Det vil derfor også være sentralt å se nærmere på hva disse ressursene kan bety for framtidens omsorgsbehov og samfunnets samlede omsorgsevne.



Figur 10.1 Antall personell i aldersgruppen 67 år og eldre 1950–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå



Figur 10.2 Prosentvis årlig endring i antall personer 67 år og eldre 2000–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Samtidig pågår det en økende flyttestrøm mot byene, særlig blant unge voksne. At unge voksne flytter til bynære strøk, ofte i forbindelse med utdanning, fører også til at de fleste barn blir født der. Som en konsekvens av lave fødselstall og manglende innflytting fra andre kommuner eller fra utlandet, vil derfor aldringen bli sterkest og skje raskest i distriktene. I 2040 vil mer enn hver tredje innbygger i mange distriktskommuner være over 65 år.¹

Dette bildet forsterkes av at de eldres ressurser er ujevnt fordelt. De fylkene der vi kan forvente den sterkeste aldringen framover, er ifølge Statistisk sentralbyrå fylker der de eldre har lavest

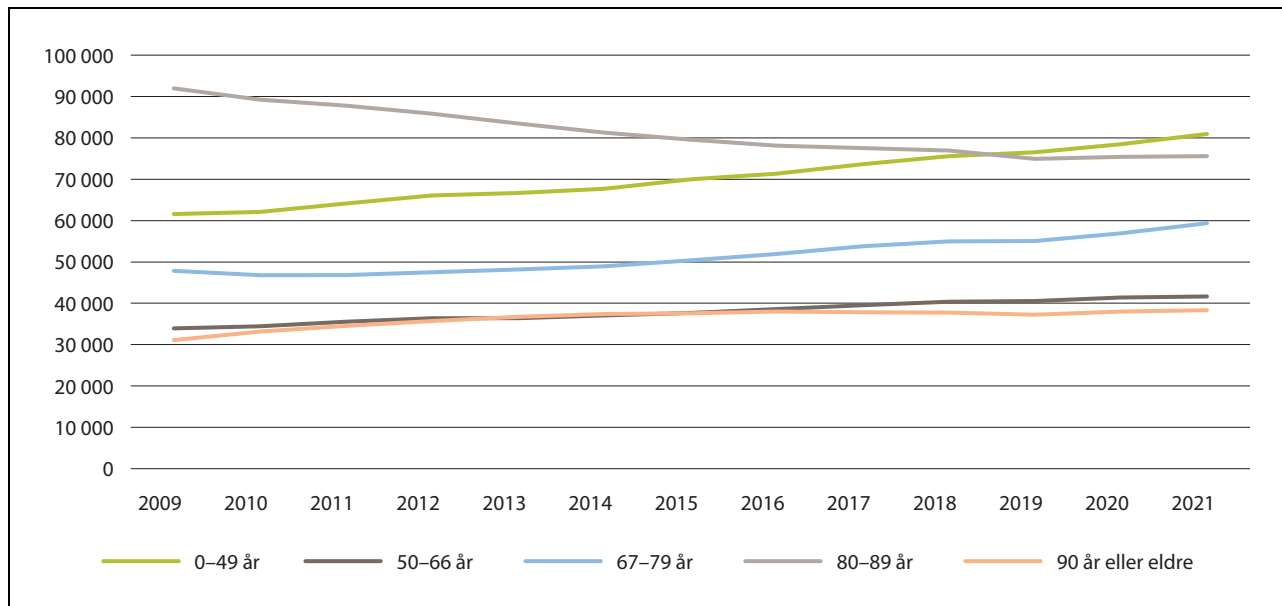
utdanningsnivå og minst økonomiske ressurser, mens de mest ressurssterke eldre bor i fylkene der aldringen vil bli svakest.

For omsorgstjenesten framstår det derfor som en dobbel utfordring å få en bærekraftig balanse mellom tilbud og behov for omsorgstjenester i distriktene, når både tilgangen på helse- og sosialfaglig personell reduseres og tilgangen på uformell omsorg svikter fordi yngre familier har flyttet.

Sterk vekst i antall yngre brukere

Omsorgstjenestene har de siste tiårene hatt en betydelig vekst i antall yngre tjenestemottakere. Ved utgangen av 2021 var nærmere 41 pst. av omsorgstjenestens brukere under 67 år.

¹ SSB (2017): Framtidens eldre i by og bygd – Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse. SSB-rapport 2017:32.



Figur 10.3 Antall mottakere av omsorgstjenester etter alder per 31. desember 2009–2021

Kilde: Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken tabell 06969

Dette er en vekst som i hovedsak ikke er drevet fram av demografi. Som det fremgår av figuren nedenfor har veksten i mottakere under 50 år økt mer enn andelen i befolkningen skulle tilsi, fra om lag 61 500 brukere og 1,9 pst. av aldersgruppen i 2009, til om lag 81 000 brukere og 2,4 pst. av

aldersgruppen i 2021. Dersom andelen mottakere under 50 år i aldersgruppen hadde vært den samme i 2021 som i 2009, ville antall mottakere vært 64 792 mottakere. Dette betyr at om lag 16 000 av veksten på 20 000 mottakere er drevet frem av andre årsaker enn demografi.

Tabell 10.1 Omsorgstjenestene – Andel brukere av aldersgruppen i befolkningen (brukerfrekvens) 2009–2021

Aldersgruppe		2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
0–49 år	Brukerfrekvens	1,9 %	1,9 %	2,0 %	2,1 %	2,2 %	2,2 %	2,4 %
	Brukere	61 569	64 155	66 653	69 994	73 602	76 473	80 926
50–66 år	Brukerfrekvens	3,4 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,6 %	3,6 %	3,6 %
	Brukere	33 925	35 544	36 402	37 701	39 543	40 512	41 646
67–79 år	Brukerfrekvens	11,8 %	10,8 %	10,1 %	9,6 %	9,5 %	9,2 %	9,4 %
	Brukere	47 858	46 802	48 155	50 383	53 814	55 053	59 351
80–89 år	Brukerfrekvens	49,9 %	48,3 %	46,8 %	45,2 %	43,5 %	40,4 %	39,0 %
	Brukere	91 969	87 749	83 471	79 571	77 510	74 919	75 607
90 år eller eldre	Brukerfrekvens	87,2 %	86,4 %	86,6 %	85,4 %	84,7 %	82,3 %	82,3 %
	Brukere	31 088	34 527	36 730	37 550	37 832	37 203	38 326

Merknader: Brukere er tverrsnittstall per 31. desember. Brukerfrekvens er andel mottakere av befolkningen i aldersgruppen.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det er uklart hva som er årsaken til økningen i antall og andelen yngre brukere, men mulige forklaringer er medisinske fremskritt og behandling som medfører en høyere overlevelse av alvorlig sykdom eller skader, flere tilgjengelige tjenestetilbud, finansieringsordninger, og at kommunene er blitt gitt økte oppgaver og ansvar for yngre pasienter med alvorlige sykdommer og funksjonsnedsettelser.

Nesten alle nye ressurser som er satt inn i omsorgstjenesten de siste 20 årene har gått til å dekke tjenestebehov til det voksende antallet yngre brukergrupper. Den største yngre brukergruppen er mennesker som har én av mange ulike somatiske lidelser, blant disse dominerer nevrologiske tilstander som MS, hjerneslag, og hode- og ryggskader. Psykiske lidelser er også en stor gruppe. To andre store yngre brukergrupper er mennesker med utviklingshemming og personer med rusproblemer.

Tall fra SSB viser at yngre brukere med omfattende bistandsbehov mottar langt flere tjenestetimer enn eldre brukere med samme bistandsbehov. Analyser tyder på at forskjellene i tjenesteomfang ikke kan forklares i ulike funksjonsnivå, men er relatert til helsemessige årsaker (somatiske problemer, psykiske problemer, demens og psykisk utviklingshemming).² Videre kan forskjellene skyldes at mange av de yngre brukere har behov for bistand til å fungere i arbeidslivet, og at yngre brukere har større forventninger og krav til en sosial og aktiv fritid enn eldre.³

Nye brukere med komplekse behov og behov for tjenester over lengre tid

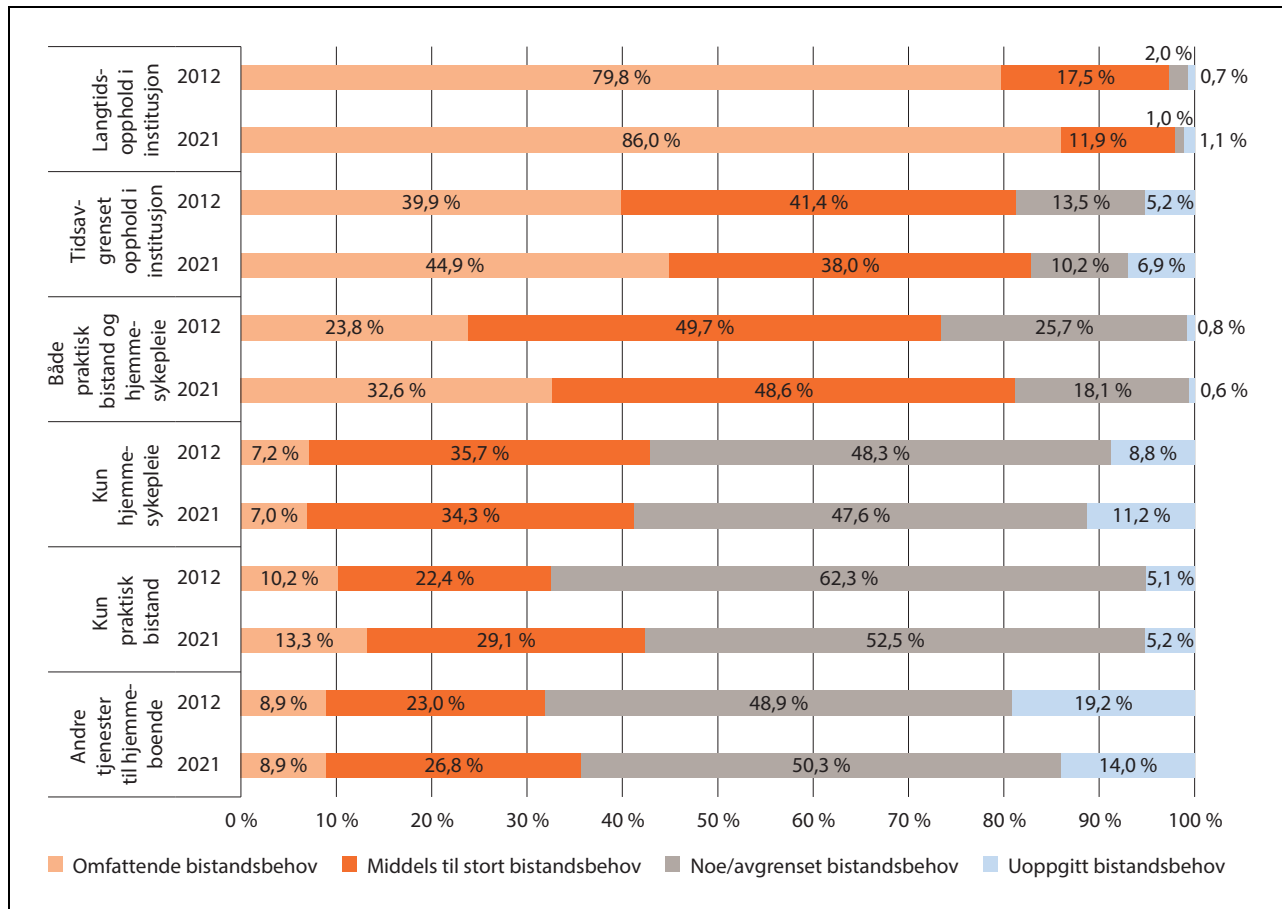
Som følge av omstillingsarbeid og flere reformer, som samhandlingsreformen, har kommunene fått nye brukergrupper og mer faglig krevende oppgaver. Pasienter skrives tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten for videre behandling og oppfølging i kommunen.⁴ Mange sykdommer og kirurgiske inngrep som tidligere krevde lang liggetid på sykehus, følges nå opp av polikliniske tjenester. Pasientene er dermed under kommunenes ansvar i en større andel av tiden med behov for bistand. Dette stiller krav til personell med både høyere, bredere og annen kompetanse enn tjenestene har i dag, som omtalt i kap. 10.3.3.

Som det fremgår av figuren nedenfor er andelen mottakere med middels til stort og omfattende bistandsbehov økende i alle deltjenestene. Samtidig som økt levealder er et sunnhetstegn og en ønsket og ettertraktet samfunnsutvikling, medfører alderdom både reduserte reserver og økt forekomst av en rekke sykdommer hos flere. De fleste sykdommene som rammer eldre er de samme som ses hos yngre, men de opptrer oftere og kan ha et annet symptombylle, flere komplikasjoner og et alvorligere forløp. En typisk geriatrisk pasient har gjerne flere kroniske sykdommer og bruker mange ulike legemidler. En slik pasient får ofte nedsatt funksjonsnivå, herunder svekket evne til å mestre hverdagsaktiviteter som vedkommende mestret før. For denne pasientgruppen nytter det ikke å behandle én og én sykdom for seg, uavhengig av hverandre. Dette krever innsikt i hvordan de ulike helseproblemene spiller sammen og påvirker hverandre, og hvordan man ved individuelt tilpassede tiltak kan optimalisere den enkelte pasientens helse og funksjon.

² Romøren, Tor Inge (2012): Ulike «omsorgsregimer» for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere? – en kvantitativ analyse. Senter for omsorgsforskning rapport nr. 4/2012.

³ Sveen, S. og Tingvold, L. (2015): «En har jo noen tanker om hvordan et ungt liv skal se ut, ikke sant?» - En kvantitativ studie om unge brukere av hjemmetjenesten. Senter for omsorgsforskning rapport 4/2015

⁴ Helsedirektoratet (2021): Rapport Kompetanseløft 2020. Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.



Figur 10.4 Ulike bistandsbehov etter ulike tjenesteområder i omsorgstjenesten

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Høyt omfang av uformell omsorg

Omfanget av den uformelle omsorgen (familie-/pårørendeomsorgen) er nesten på størrelse med omsorgstjenesten. Tall fra SSB og Helsedirektoratet viser at pårørende gir omsorg tilsvarende om lag 136 000 årsverk.⁵ Til sammenligning består omsorgstjenesten av om lag 149 000 årsverk.

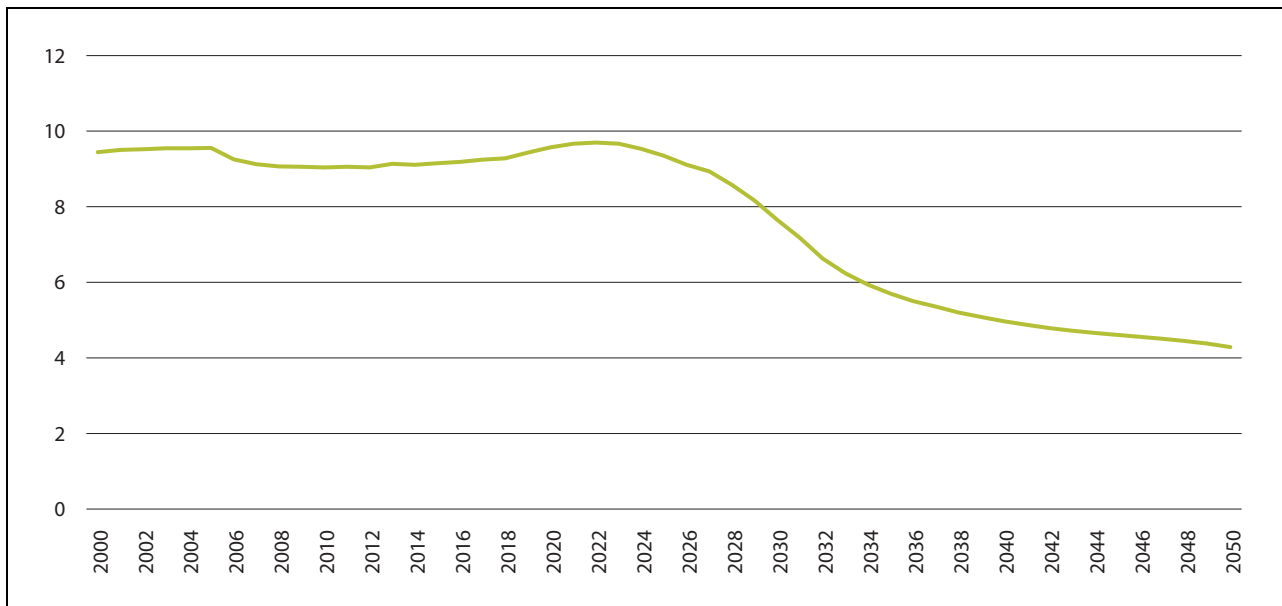
Det er ingen selvfølge at den uformelle omsorgen vil øke eller holde seg på samme nivå i tiårene som kommer. Snarere taler både endringer i befolkningens alderssammensetning, familieforhold og bosettingsstruktur for at familiens omsorgsevne og kapasitet kan bli svekket. Det er derfor viktig å støtte og avlaste pårørende og legge til rette for familiens mulighet til å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for sine nære.

Arbeidsdelingen mellom den uformelle omsorgen og den offentlige omsorgen (omsorgs-

tjenesten) har alltid vært i endring. Den moderne omsorgstjenesten ble utbygd fra slutten av 60-tallet, og opplevde en betydelig vekst som sammenfalt med og bidro til kvinnefrigjøringen på 70-tallet. Omsorgstjenestene var slik sett både et svar på hvem som skulle overta de omsorgstrengende når kvinnene gikk ut i arbeidslivet, og en sysselsettingsarena for kvinner. Denne veksten i omsorgstjenesten har fortsatt frem til nå, og har vært preget av et vedvarende skifte fra uformell til formell omsorg.

Endringer i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsgivere de aller eldste kan støtte seg på, og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. FNs familieomsorgskoeffisient, dvs. forholdet mellom antall personer over 85 år og antall personer i alderen 50–66 år, er et demografisk uttrykk for potensiell omsorgsevne. Slik figuren nedenfor viser, faller familieomsorgskoeffisienten fra 9,3 i 2018 til 4,3 i 2050.

⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2020): Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan 2021–2025



Figur 10.5 Familieomsorgskoeffisienten 2000–2050

Merknad: Viser antall personer i aldersgruppen 50–66 år per person i aldersgruppen 85 år og over (Familieomsorgskoeffisienten) 2000–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Samtidig gir familieomsorgskoeffisienten et noe forenklet bilde av utviklingen framover, fordi det er flere utviklingstrekk enn alderssammensetningen som har betydning for potensiell omsorgsyting i familien. Ikke minst vil også kulturelle endringer påvirke omsorgsytingen. I Norge har familieomsorgen vist seg å være stabil i omfang de siste 20–30 år. Det kan synes som om familie og offentlig omsorg utfyller hverandre, der familien stiller opp dersom de slipper å måtte ta hele ansvaret.

Pårørende er en viktig ressurs, både for sine nærmeste og for samfunnet. Pårørendestrategien og handlingsplanen – Vi de pårørende, har seks innsatsområder med tilhørende tiltak. Disse skal i sum bidra til å løfte pårørendes situasjon, og nå strategiens hovedmål for å bidra til å ivareta og inkludere pårørende.

Satellittregnskapet for ideelle og frivillige organisasjoner (2020) indikerer at det frivillige og ideelle arbeidet i Norge utgjorde nærmere 142 000 årsverk i 2018. Dette er en svak nedgang siden 2014. Over halvparten av alt frivillig arbeid legges ned i kultur- og fritidsorganisasjoner, inkludert idrett. Idretten alene sto for om lag 24 pst. av de frivillige årsverkene i 2017. En mindre del av den frivillige innsatsen går til omsorgssektoren, og da ofte i en uformell form. Andel av kommunene som har et samarbeid med frivillige innen området helse, pleie, omsorg, eldre var 83 pst. i 2020. Det er forskjeller på hvordan kommunene

organiserer samarbeidet med frivilligheten, og lokal kultur og tradisjon påvirker samhandlingsformene. Manglende frivillighetskoordinering rapporteres som en utfordring i mange kommuner.

Økt mangfold

Innvandrere utgjør 15,1 pst. av den norske befolkningen og er en heterogen gruppe. For å sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester i hele landet er det viktig at innvandrere medvirker i beslutninger om utforming og utvikling av tjenestene. Forskning peker på at det er en rekke faktorer som hindrer innvandrernes brukermidvirkning (språkbarriere, lav helsekompetanse, liten tillit til helsevesenet, negativ erfaring med helsevesenet, strukturelle barriere, mv.).⁶ Flere studier tyder på at forskjeller i helse mellom innvandrere og befolkningen er liten i ung alder, men blir tydeligere i eldre alder. Dette viser at det er behov for å rette et særlig fokus på eldre innvandrere.

En annen viktig brukergruppe er lhbt-personer. En levekårsundersøkelse om lhbt-personer (2021) viser betydelige levekårsutfordringer blant

⁶ Omsorgsbibliotek (2020): «Innvandrere og brukermidvirkning i helse- og omsorgstjenestene – hvordan ivareta innvandrernes brukermidvirkning i avgjørelser om egen helse, utforming av tjenester og tjenesteutvikling».

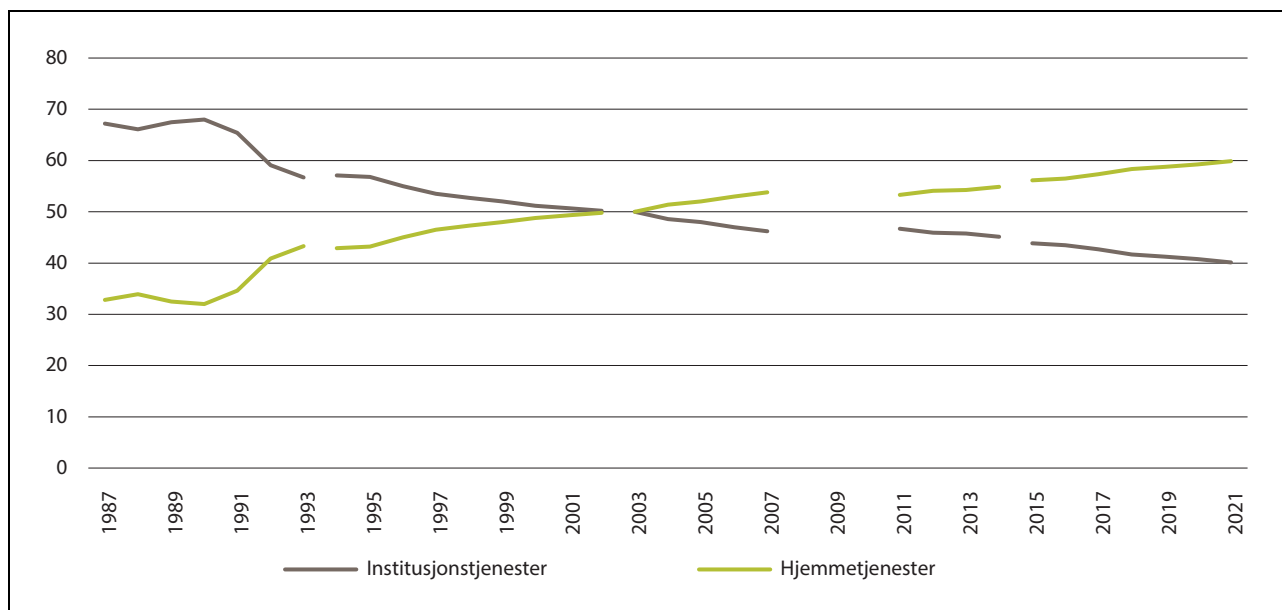
skeive, særlig blant bifile og transpersoner.⁷ Selv om kunnskapsgrunnlaget er blitt bedre, er det fortsatt behov for økt kompetanse om kjønns- og seksualitetsmangfold for å sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester til skeive.

⁷ Levekår blant skeive 2021 består av tre rapporter: 1) Eggebø, H., Stubberud, E., & Anderssen, N. (2019). Skeive livsløp. En kvalitativ studie av levekår og sammensatte identiteter blant lhbtis-personer i Norge. Bodø: Nordlandsforskning. 2) Langeland, F., Eggebø, H., Anderssen, N., Stubberud, E. (2021) Interkjønn og variasjon i kroppslig kjønnsutvikling – Refleksjoner om identitet, politikk og helse tilbud. Bodø: Nordlandsforskning, 3), Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. og Holmelid, Ø. (2021). Seksuell orientering, kjønn og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020. Bergen: Universitetet i Berg

10.2.2 Tjenestene

Sterk vridning fra institusjonstjenester til tjenester i hjemmet

Det har over flere år pågått en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebaserte tjenester, selv om det er betydelige variasjoner mellom kommunene. Samtidig har tjenestetilbudet endret karakter ved å legge større vekt på helsetjenester framfor sosiale forhold og praktisk hjelp i hverdagen. Økt vekt på hjemmerehabilitering og tidlig innsats bidrar til å opprettholde og styrke brukernes egenmestring, slik at de kan mestre livet i egen bolig lengre.



Figur 10.6 Andel personell i institusjonstjenester og hjemmetjenester 1987–2021

Merknad: Figuren er basert på statistikk beregnet med ulike metoder, som gir brudd mellom 1993 og 1994, 2002 og 2003, 2007 og 2011, og 2014 og 2015. Det foreligger ikke statistikk for perioden 2008–2010.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Pasienter skrives ut fra sykehus tidligere enn før eller gis poliklinisk i spesialisthelsetjenesten, noe som i økende grad medfører at oppfølging og behandling fortsetter i hjemmet. Økt bruk av e-konsultasjon bidrar til å redusere pasientbesøk på legekantorene. Fremtidig bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene vil forsterke denne utviklingen.

Omsorgstjenesten i endring

Omsorgstjenesten er under endring for å møte de store demografiutfordringene. Dette er en endring som har pågått over lengre tid, og som fikk ekstra kraft etter Hagen-utvalgets utredning om

innovasjon i omsorg i 2011. Endringene har særskilt handlet om å utnytte mulighetene som ligger i utvikling og bruk av teknologi i tjenestene, særskilt innenfor velferdsteknologi, med den følge at teknologi har fått en vesentlig større plass i omsorgstilbudet i kommunene.

Sentralt i dette arbeidet står styrkingen av brukernes evne til å klare seg selv. I dette arbeidet har også innføring av hverdagsrehabilitering vært sentralt. I løpet av de siste ti årene har tre av fire kommuner fått på plass hverdagsrehabilitering. Dette er prosesser som fortsatt pågår, og som i tillegg til å øke kommunenes kompetanse på innovasjon og utvikling også har stor betydning for kommunenes kompetanse- og personellbehov.

10.2.3 Bemanning

Betydelig årsverksvekst og variasjon i bemanningen

Omsorgstjenesten står for om lag 87 pst. av årsverkene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og har økt fra om lag 130 000 årsverk i 2015 til om lag 149 000 årsverk i 2021. Veksten har vært størst blant personell med høyere utdanning, særlig blant sykepleiere og vernepleiere. Selv om det fortsatt har vært en økning av helsefagarbeid-

dere, er veksten mindre enn utdanningsgruppens størrelse skulle tilsi, som har bidratt til at andelen personell med videregående opplæring er blitt redusert. Omsorgstjenesten er preget av å ha en variert sammensetning av bemanningen, der helsefagarbeidere og sykepleiere utgjør de to største utdanningsgruppene med hhv. om lag 50 000 og 32 000 årsverk. Om lag 25 pst. av årsverkene består av pleieassistenter uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Tabell 10.2 Årsverk og sysselsatte i omsorgstjenesten 2021

Utdanningsgrupper	Årsverk	Sysselsatte
Aktivitør	851	1 088
Barne- og ungdomsarbeider	1 848	2 288
Helsefagarbeidere	50 095	63 251
Ergoterapeut	1 325	1 444
Barnevernspedagog	1 302	1 440
Miljøterapeut	4 788	6 493
Sosionom	2 077	2 282
Sykepleier	32 266	36 053
Vernepleier	9 460	10 085
Pleieassistent med annen helseutdanning	5 894	9 252
Pleieassistent uten helse- og sosialfaglig utdanning	34 025	62 906
Service og administrativt personell	4 889	6 343
Totalsum	148 820	202 925

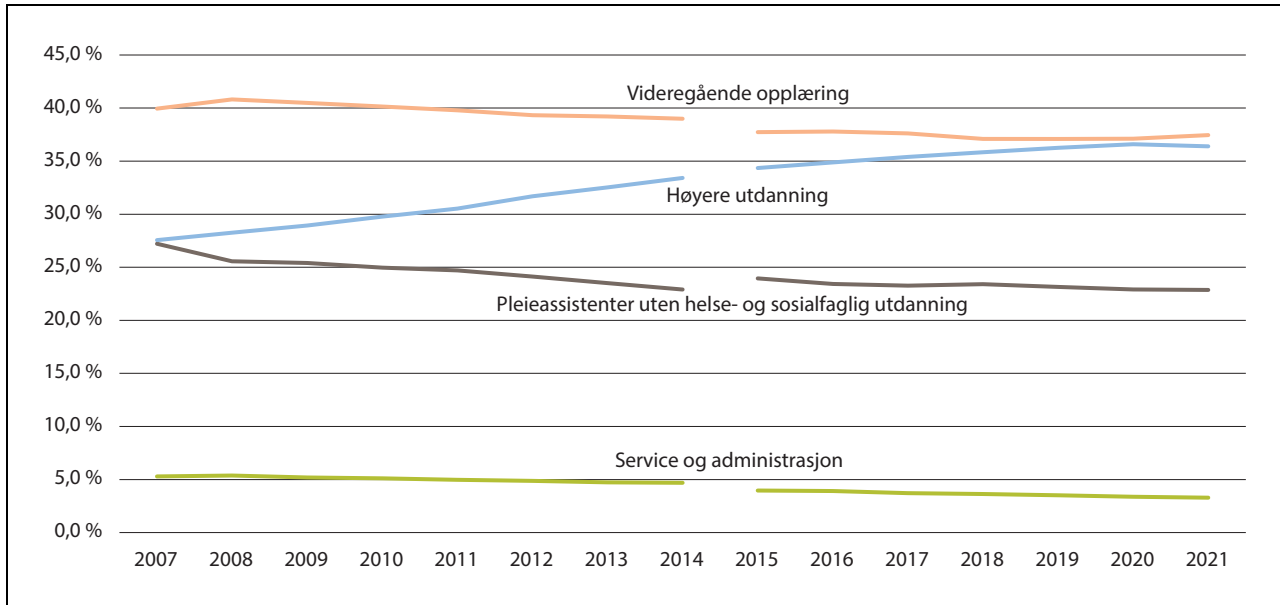
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Samtidig preges tjenestene av høyt sykefravær, høy turnover, høyt omfang av deltidsstillinger og høy vikarbruk, som omtales nærmere i beskrivelsen av utfordringsbildet i kap. 10.3. Samlet legger dette et stort press på kommunene i deres arbeid med å sikre tjenestene tilstrekkelig og kompetent bemanning. En reduksjon i sykefraværet, turnover og avgang og ikke minst i omfanget av deltid, vil kunne redusere rekrutteringsbehovet, stabilisere personellet i tjenestene, og øke brukertilfredsheten og pasientsikkerheten. Dette må i tillegg suppleres med å finne andre måter å jobbe og løse turnusutfordringer på, nye løsninger, legge til rette for rekruttering og omskolering av voksne

mv. Dette drøftes nærmere i omtalen av utfordringsbildet og strategiområdene nedenfor.

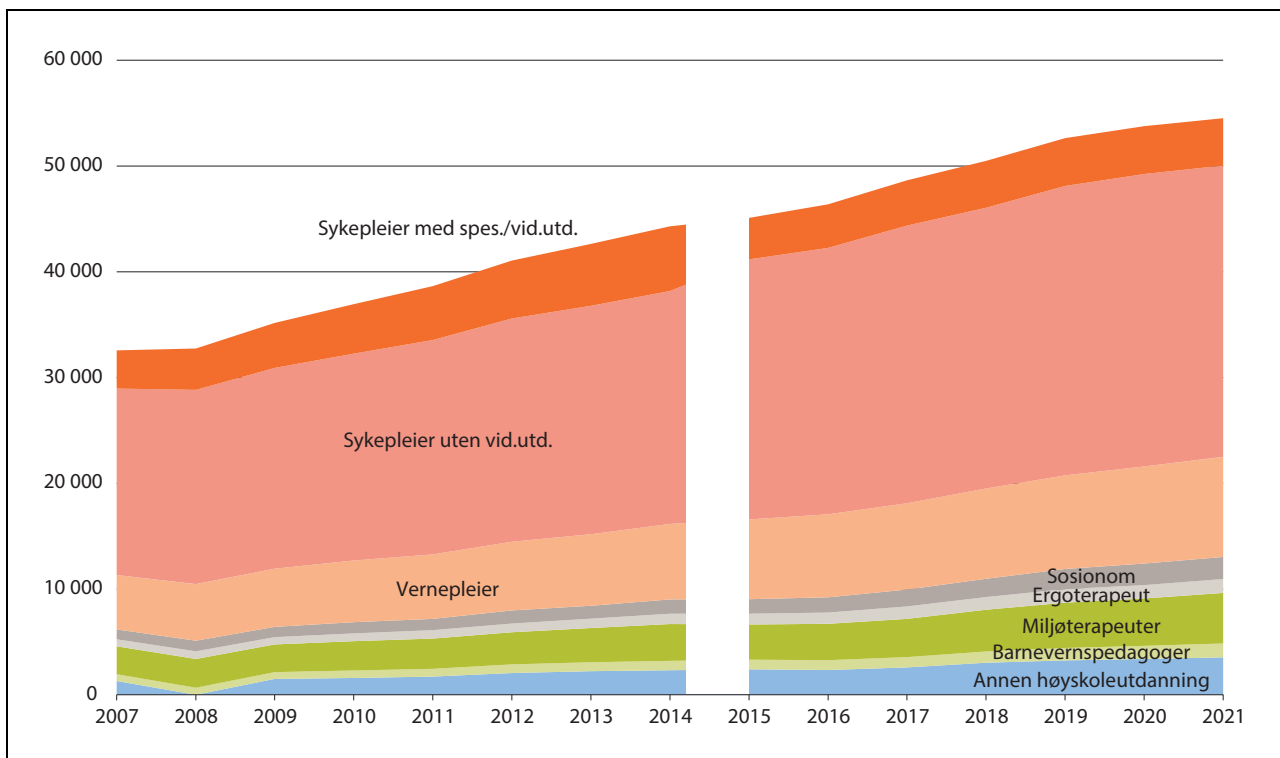
Endret sammensetning av bemanningen

Som det fremgår av figurene nedenfor har omsorgstjenesten hatt en sterk vekst i personell med høyere utdanning, og da særsilt sykepleiere, men også til en viss grad vernepleiere. Dette reflekterer omsorgstjenestens prioritering av personell med sykepleier- og vernepleierutdanning. Til sammenligning har det vært lite vekst blant sosialfagutdannede og personell med yrkesfag.



Figur 10.7 Andel årsverk per utdanningsgruppe

Merknad: SSB har endret metoden for innhenting av årsverksstatistikk, som har medført et brudd i statistikken mellom 2014 og 2015.
Kilde: Statistisk sentralbyrå



Figur 10.8 Antall årsverk innenfor høyere utdanning

Merknad: SSB har endret metoden for innhenting av årsverksstatistikk, som har medført et brudd i statistikken mellom 2014 og 2015.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Personell med innvandringsbakgrunn utgjør en betydelig andel av arbeidstakere i kommunale helse- og omsorgstjenester, og har stått for den største andelen av nettoøkningen i antall årsverk i omsorgstjenesten.⁸ Uten innsatsen fra denne personellgruppen ville tjenesten hatt langt større rekrutteringsutfordringer.

Menn utgjør fortsatt bare 15,6 pst. av alle sysselsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2021, selv om andelen menn av totalt sysselsatte har hatt en svak økning perioden 2017 til 2021.

10.3 Utfordringsbildet

Omsorgstjenesten står overfor en rekke utfordringer i årene fremover knyttet til bemanningen. Hvorvidt kommunene greier å håndtere disse utfordringene vil ha avgjørende betydning for kapasiteten og kvaliteten i tjenesten. Personellet utgjør den grunnleggende ressursen i omsorgstjenesten, og kvaliteten på tjenesten påvirkes av endringer i personellens kompetanse og kompetansesammensetning. Til syvende og sist handler personellmangelen om brukerne og deres pårørende, og om omsorgstjenestens evne og kapasitet til å tilby dem den hjelp og omsorg de har behov for. Samtidig, gjennom å ta utgangspunkt i brukerens uttalte behov i utmålingen av tjenestene, bruker personellet tiden på de riktige og viktige tingene fra begynnelsen, som bidrar til god utnyttelse av personellens ressurser.

⁸ SSB (2018): Innvandrere sto for 1 av 6 årsverk innen omsorg. Artikkel på [ssb.no](https://www.ssb.no/helse/artikler-ogpublikasjoner/innvandrernes-to-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg) 5. juli 2018. <https://www.ssb.no/helse/artikler-ogpublikasjoner/innvandrernes-to-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg>

10.3.1 Knapphet på helse- og sosialfaglig personell

Det foreligger flere undersøkelser som tyder på betydelig personellmangel i den kommunale omsorgstjenesten. Det fremgår av KS' arbeidsgivermonitor for 2021 at nesten alle kommuner har utfordringer med å rekruttere sykepleiere, og at de fleste også har utfordringer med å rekruttere leger, psykologer, vernepleiere og helsefagarbeidere.⁹ Nærmere halvparten av landets kommuner har utfordringer med å rekruttere fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer og barne- og ungdomsarbeidere.

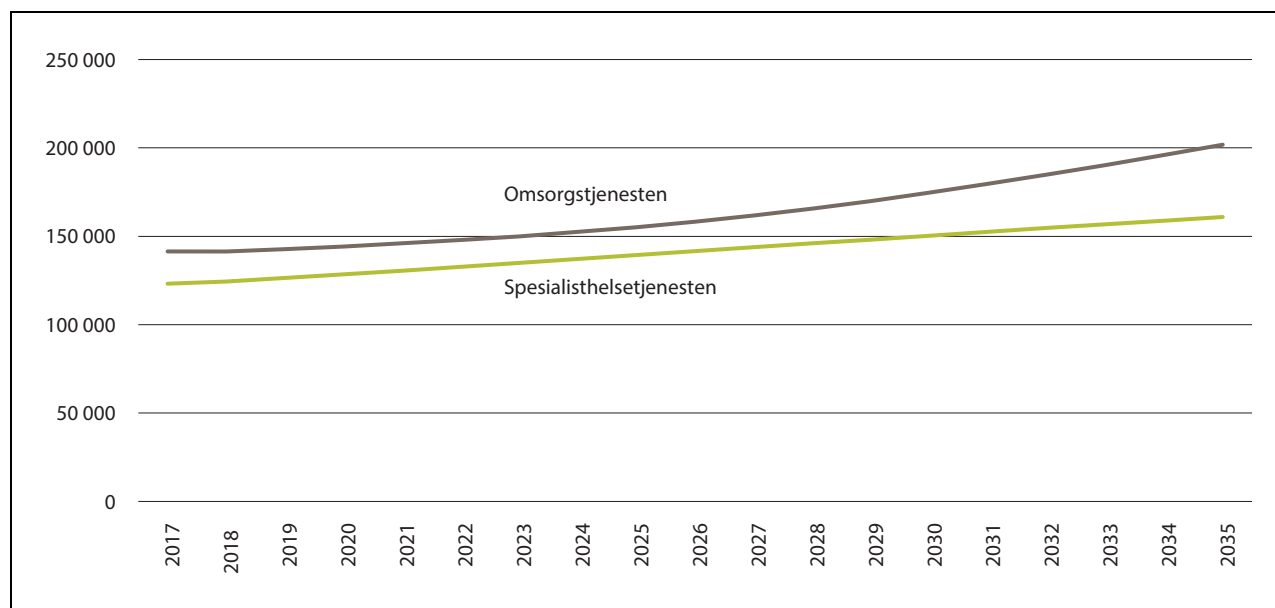
Rekrutteringsutfordringene har sammensatte årsaker, men mangel på heltidsstillinger og manglende muligheter for faglig utvikling grunnet små fagmiljøer er noen viktige forklaringer.¹⁰ Likeledes er også studenters og elevers erfaringer fra praksisperioder i de kommunale helse- og omsorgstjenestene av betydning.

Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå av etterspørselen etter personell i helse- og omsorgstjenesten viser at behovet for årsverksvekst i omsorgstjenesten vil kunne være rundt 55 000 årsverk samlet frem til 2035.¹¹ Framskrivningene viser i tillegg en betydelig underdekning av særlig sykepleiere og helsefagarbeidere, men også av vernepleiere.

⁹ KS (2021): Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021: Slik er arbeidslivet i kommunesektoren.

¹⁰ Helsedirektoratet (2021): Rapport Kompetanseløft 2020. Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

¹¹ SSB (2019): Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse og omsorg mot 2060. SSB-rapport nr. 2019/12.



Figur 10.9 Framskrivning av etterspørselen etter årsverk omsorgstjenesten frem til 2035

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Framskrivningen bygger på følgende forutsetninger: Befolkningsveksten følger middelalternativet i befolkningsframskrivningene, med tilhørende sterk vekst i antall eldre; at omfanget av familieomsorg holder seg konstant, at aldersspesifikk sykkelighet reduseres i takt med økende levealder; og at standarden på tjenestene og produktiviteten holder seg konstant. Framskrivningen tar ikke høyde for en fortsatt vekst i yngre brukere. Årsverksvekst knyttet til yngre brukere vil derfor komme i tillegg.

Det vil alltid være betydelig usikkerhet knyttet til slike tallmessige framskrivninger. Framskrivningene er derfor ikke ment som forsøk på å forutsi framtida, men som illustrasjon på hva som kan skje hvis vi ikke planlegger annerledes, prioriterer på en annen måte, jobber nytt, tar i bruk innovasjoner mv.

Samlet sett er det flere forhold som tyder på at det særlig er små distriktskommuner som har de største utfordringene med å håndtere personell- og kompetansesituasjonen i omsorgstjenesten. Følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020 peker på ulempene små kommuner – særlig distriktskommuner – har ved organisering og drift av sine helse- og omsorgstjenester.¹² Slike driftsulempene kan hindre tjenestene og ansatte i å gjennomføre kompetansehevende tiltak. Små kommuner, med mindre enn 2000 innbyggere, har flere årsverk i

forhold til folketall enn større kommuner. Disse kommunene har gjerne en høyere andel eldre og større geografiske avstander, samtidig som effektiv drift er vanskeligere med en liten organisasjon versus en stor. Fleksibiliteten i små kommuner er mindre enn den man kan finne i større kommuner når det for eksempel gjelder tilgang på personell og organisering av tjenestene.

10.3.2 Begrenset tilgang på utdanningstilbud og praksisplasser

Det er godt belegg for at fleksible studiemodeller virker positivt for å rekruttere, og ikke minst beholde, sykepleiere i områder med rekrutteringsutfordringer.¹³ Det er grunn til å tro at effekten er den samme for vernepleiere, selv om det her ikke foreligger like god dokumentasjon.

En del av de desentraliserte studietilbudene er redusert eller sentralisert de siste årene.¹⁴ Etter struktur- og kvalitetsreformen i høyere utdanning, er det blitt mer krevende for utdanningsinstitusjonene å tilby fleksible studiemodeller med lokal forankring og lokalt opptak, og mange tilbud er blitt lagt ned eller sentralisert. Dette er bekymringsfullt da rekrutteringsproblemer i utkantstrøk forventes å bli enda større i årene framover.

¹² Grut m.fl. (2021): Følgeevaluering av Kompetanseløft 2020. Sluttrapport. Sintef-rapport nr. 2021:703

¹³ Helsedirektoratet (2019): Fleksible utdanninger – et virkemiddel i rekrutteringen av helsepersonell? IS 2957

¹⁴ Helsedirektoratet (2019): Fleksible utdanninger – et virkemiddel i rekrutteringen av helsepersonell? IS 2957

Samtidig har utdanningsinstitusjonene utfordringer med å skaffe et tilstrekkelig antall praksisplasser som er relevante og av god kvalitet. Det er behov for å heve kvaliteten og øke omfanget av praksis i kommunene for en rekke helse- og sosialfaglige utdanninger. I dag gjennomføres om lag 2/3 av alle praksisstudier i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke lenger i samsvar med hvordan arbeidsoppgaver fordeler seg mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak. En kommunes forutsetning for å ta imot studenter varierer og påvirkes av en rekke faktorer, som demografisk og geografisk profil, sentralitet og tilknytning til utdanningsstedet. Positive erfaringer fra praksisperioder i kommunene kan være rekrutterende med tanke på framtidig arbeidsforhold.

10.3.3 Økt behov for breddekompetanse

Det er behov for mer personell med både høyere, bredere og annen kompetanse enn i dag. Økt behov for tjenester til brukere og pasienter med komplekse og sammensatte behov, samt til en aldrende befolkning med økende grad av multisykdom, forutsetter mer avansert behandling, og vil stille større krav til kompetanse i omsorgstjenestene. Videre er det et stort behov for opplæring av personell uten fagutdanning, rekruttering til yrkesutdanning i helse- og oppvekstfag, og etter- og videreutdanning, og åpne opp for andre yrkesgrupper inn i tjenesten.

Dette handler både om at noen utdanninger ikke gir tilstrekkelig kompetanse på nødvendige områder, og at personell ikke har tilstrekkelig kompetanse til å møte pasientenes, brukernes og pårørendes helhetlige behov. Dette omfatter brukere og pasientenes fysiske, sosiale, psykiske og

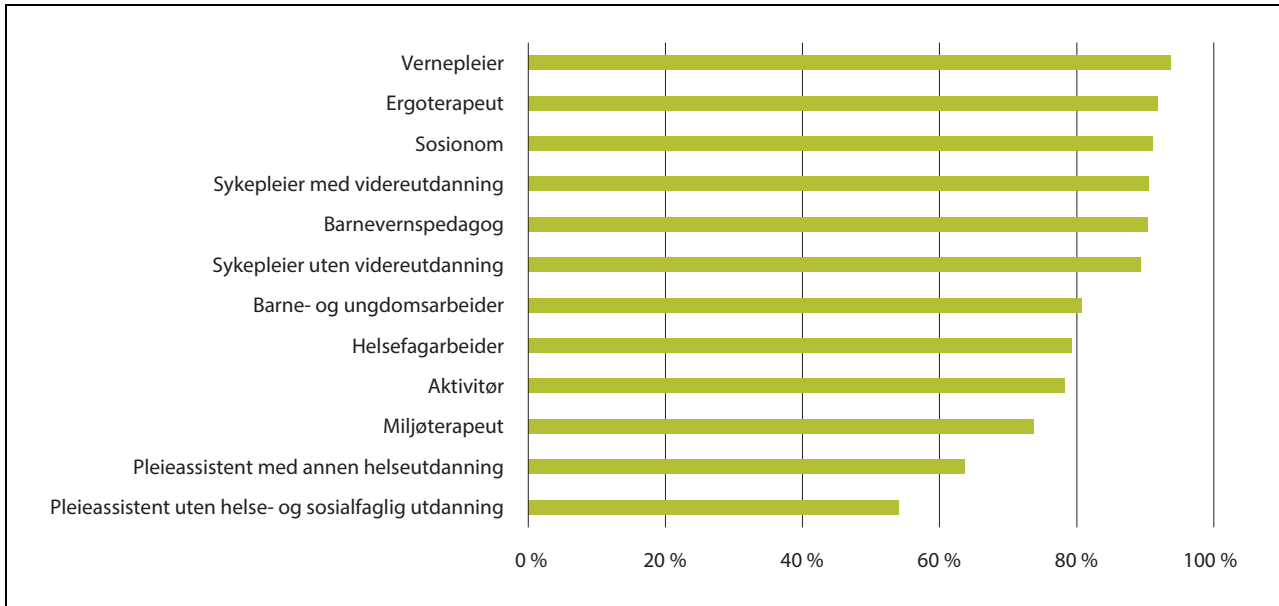
eksistensielle behov, og omfatter også de pårørendes behov for medvirkning, deltakelse, avlastning og trygghet. Dette må ses i sammenheng med mangel på kompetanseplanlegging, knapphet på personell og mangelfull systematisk regional dialog mellom tjenestene og utdanningssektoren. I tråd med at hele samfunnet digitaliseres er det behov for mer teknologikompetanse, anskaffelse og kjøp av nødvendig utstyr i omsorgstjenesten.

Funnene fra følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020 viser at de små kommunene i større grad enn store kommuner trenger generalister fremfor spesialister.¹⁵ De små kommunene har færre tilfeller hvor det er behov for spesialkompetanse. For små kommuner blir det derfor utfordrende å bygge og vedlikeholde spesialistkompetanse lokalt. Det er vanskelig å rekruttere kompetansen i første omgang, og deretter er det utfordrende å beholde den, bl.a. på grunn av et mindre robust fagmiljø og mulighetene for å vedlikeholde og videreutvikle fagkompetansen i arbeidet.

10.3.4 Høy andel deltid

Andelen som jobber heltid øker, men det går for sakte og omsorgstjenesten preges fortsatt av en høy andel deltidsansatte. Som det fremgår av figuren nedenfor varierer gjennomsnittlig stillingsstørrelse betydelig mellom utdanningsgruppene, der det særlig er pleieassistentene uten helse- og sosialfaglig utdanning som har lavest gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Videre har personell med videregående opplæring en vesentlig lavere gjennomsnittlig stillingsstørrelse sammenlignet med personell med høyere utdanning.

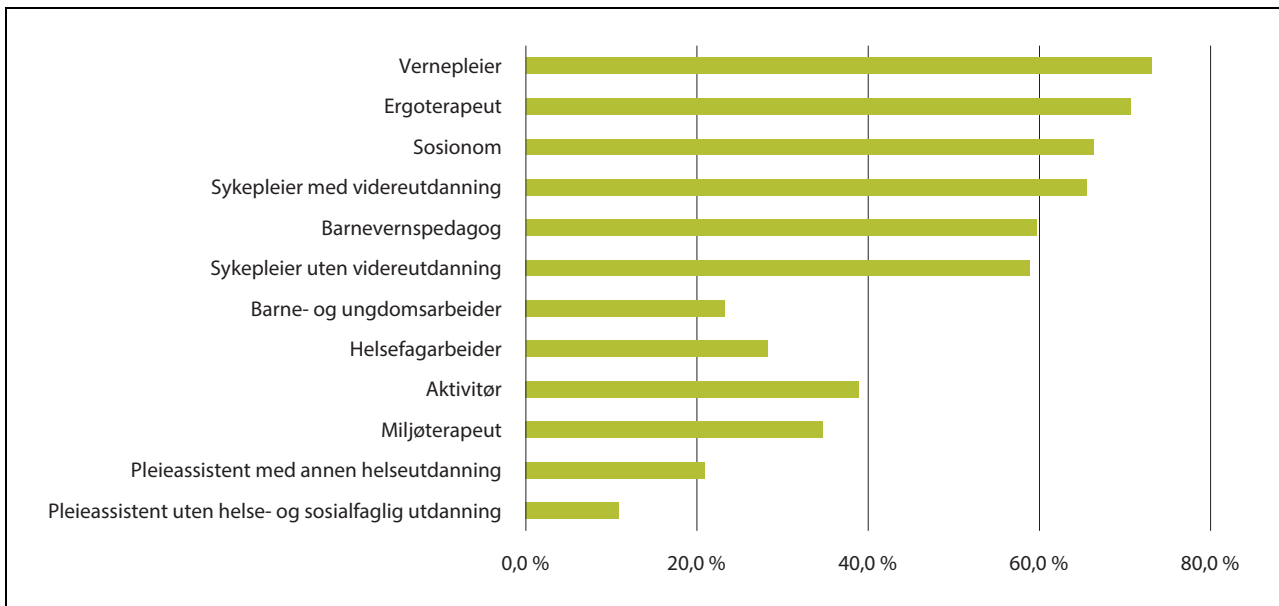
¹⁵ Grut m.fl. (2021): Følgeevaluering av Kompetanseløft 2020. Sluttrapport. Sintef-rapport nr. 2021:703



Figur 10.10 Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i ulike yrkesgrupper 2021

Merknad: Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er beregnet som antall årsverk dividert på antall sysselsatte. Med heltid legges avtalte stillinger med 100 pst. stillingsstørrelse eller mer til grunn.

Kilde: Statistisk sentralbyrå



Figur 10.11 Andel sysselsatte med avtalt heltid i ulike yrkesgrupper 2021

Merknad: Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er beregnet som antall årsverk dividert på antall sysselsatte. Med heltid legges avtalte stillinger med 100 pst. stillingsstørrelse eller mer til grunn.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Andel personell som jobber heltid utgjør kun 11 pst. av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, 28 pst. av helsefagarbeiderne og hhv. 66 og 59 pst. av sykepleierne med og uten spesialisering eller videreutdanning. Årsakene til det høye omfanget av deltid i omsorgstjenestene er

sammensatt. Skift/turnusutvalget (NOU 2008: 17 *Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid*) konkluderte med at et stort behov for helgearbeid, kombinert med at ansatte normalt bare jobber hver tredje helg eller sjeldnere, var den viktigste årsaken til uønsket deltid. Flertallet i

Arbeidstidsutvalget (NOU 2016: 1) påpekte at problemene knyttet til helgeproblematikken har vært kjent og omtalt i mange år, men at partene likevel ikke har greid å finne en løsning.

Forskning tyder på at heltidskulturen bør omfatte all deltid, ikke bare ufrivillig deltid. Motivene og begrunnelsene for å velge frivillig deltid er dels positivt og dels negativt begrunnet, og tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, verdier og forpliktelser. De positive begrunnelsene er knyttet til frihet, familie, det gode liv og fleksibilitet. De negative begrunnelsene er knyttet til at heltid er for slitsomt, dårlig helse, tidspress, osv.^{16 17 18}

Samarbeidsturnus og langturnus kan bidra til å redusere omfanget av deltid. Tjenestesteder som benytter samarbeidsturnus (ønsketurnus) og langvakter både helg og hverdag, har færre arbeidstakere som er slitne, flere som er involverte i planleggingen av arbeidet, forsterker jobbensgjensjementet, og er familievennlig, sammenlignet med tradisjonell turnus (Fafo-rapport 2019: 15). Slik fremstår samarbeidsturnus og langturnus å motvirke mange av de negative begrunnelsene mange har for å velge deltid. Til sammenligning er ansatte som går i tradisjonell turnus mest slitne, spesielt de som går kortvakter, samtidig som ansatte i tredelt turnus er mer passive i utviklingsaktiviteter, og opplever at turnusen er vanskelig å kombinere med familie-liv.

Ufrivillig deltid virker negativt på rekrutteringen, sykefraværet, arbeidsmiljøet og kvaliteten på tjenestene. Ufrivillig deltid kombinert med turnus, umuliggjør kombinasjon med annen deltidjobb og gir ikke en lønn det er mulig å leve av.

Et høyt omfang av små stillinger i denne sektoren fører til svekket tjenestekvalitet og ineffektive tjenester.¹⁹ Kvaliteten på tjenestene reduseres når brukerne må forholde seg til mange ansatte. Viktig informasjon går tapt i vaktskifter. Mange små stillingsprosenter gjør det vanskelig å rekruttere kvalifisert arbeidskraft. Tilbud om kun deltidsstillinger har negativ innvirkning på ungdoms utdanningsvalg.

Mindre stillingsstørrelser medfører et stort og ubenyttet potensial. Samtidig som man jobber for

å etablere en heltidskultur må det imidlertid også arbeides for å bedre arbeidsforholdene i tjenesten som muliggjør heltidsarbeid. Arbeidsmiljøsen-teret har uttrykt bekymring for manglende risikovurdering av arbeidsbelastning i disse tjenestene, og peker på behovet for å vurdere hva som er optimal lengde på arbeidstiden opp imot intensiteten i arbeidet. Vurderingen av arbeidstid og -intensitet må gjøres gjennom en risikovurdering av arbeidstid, arbeidslengde, alenearbeid, bemanning, organisering av arbeidet og kompetansen til den ansatte.²⁰

10.3.5 Høyt sykefravær, høy turnover og høy vikarbruk

Omsorgstjenesten er preget av et høyt sykefravær og høy turnover. Dette medfører både at betydelige deler av personellet må erstattes av vikarer, og at behovet for å rekruttere og beholde personell er høyt.

Sykefraværet i omsorgstjenestene har i gjennomsnitt ligget i underkant av 8 pst. i en årrekke før 2020, og økte til 8,7 pst. i 2021 under koronapandemien. Det er betydelige forskjeller mellom yrkesgruppene, der helsefagarbeidere, aktivtører og barne- og ungdomsarbeidere har det høyeste sykefraværet på i overkant 10 pst. i 2021. For sykepleiere var sykefraværet 9,4 pst. for de uten videreutdanning og i underkant av 8 pst. for de med videreutdanning.

Sykefravær er et komplekst felt som bestemmes av mange ulike faktorer på ulike nivåer, og som kan ha sine årsaker både i individet, i virksomheten og i samfunnet.²¹ For den kommunale helse- og omsorgstjenesten henger det høye sykefraværet sammen med arbeidsmiljø, arbeidsforhold og organisasjonskultur. Særlig er fravær knyttet til turnusarbeid, slik at tjenester med høy grad av turnus i kommunale helse- og omsorgstjenester har høyere sykefravær. Høyt sykefravær synes å være assosiert med de belastninger som følger av arbeidet personellet står i over tid.²²

Om lag 14,7 pst. av de ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved utgangen av 2020 var ikke lenger ansatt i kommunal sektor ett år etter. Årsakene til den høye turnoveren er

¹⁶ Moland L. og Bråthen K. (2019): En ny vei mot heltidskultur. Fafo-rapport 2019:15.

¹⁷ Moland L. (2009): Ønsket og uønsket deltid – konsekvenser for arbeidstaker, arbeidsgiver og tjenestetilbud. Fafo-rapport 2009:15.

¹⁸ Moland L. og Bråthen K. (2019): Dypdykk i deltidskulturen i fire Sørlandskommuner. Fafo-rapport 2019:06.

¹⁹ Moland L. (2013): Heltid-deltid – en kunnskapsstatus. Fafo-rapport 2013:27.

²⁰ Arbeidsmiljøsen-teret (2021): Balanse mellom arbeidstid og -intensitet. Artikkel på arbeidsmiljo.no.

²¹ Lien, Lise (2021): «Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus. Fafo-notat 2013:2.

²² Helsedirektoratet (2021): Kompetanseløft 2020 Rapport. Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

kompleks, og det er behov for å kartlegge dette nærmere og utvikle tiltak som kan bidra til å snu trenden. Ved å gjøre arbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste mer attraktivt, vil man tiltrekke seg flere nyutdannede, samtidig som ansatte i tjenesten ikke forlater arbeidsstedet og tjenesteområdet. Flere tiltak for å gjøre tjenesteområdet mer attraktivt har vært forsøkt med god effekt. Særlig trekkes behovet og effekten av en type mentorordning frem. Generelt sett kan man også anta at ivaretagelse av ansatte, særskilt ivaretagelse av nyansatte til de er integrert i virksomheten (onboarding), faglig trygghet gjennom faglig fellesskap, opplevd balanse mellom krav og kontroll, tilpasset turnus og stabil arbeidsgruppe virker, positivt på arbeidsmiljøet og arbeidsbelastningen.

Omsorgstjenesten brukte om lag 1,2 mrd. kroner på kjøp av vikartjenester i 2019, som er en dobling fra 2012.²³ Noen av årsakene kommunene oppgir som behov for å bruke vikarer er ferieavvikling, erstatte ansatte som er på kurs, ekstra bemanning ved urolige beboere, fastvakt til døende, og for å fylle opp turnusen. Det oppleves imidlertid ikke som at det største problemet med vikarbruken er når det er ekstraordinære hendelser, som for eksempel sykdom og ferieavvikling, men heller når man er avhengig av vikarer for å få den ordinære driften til å gå rundt.²⁴

I en studie fra 2021 fremgår det at kommuner oppgir at det er særskilt vanskelig å få tak i vikarer med tilsvarende kompetanse for den de vikarierte for, særlig sykepleiere, og at litt under halvparten av kommunene i utvalget jobbet aktivt med å redusere behovet for vikarer.²⁵ Blant tiltakene som er blitt prøvd for å redusere behovet for vikarer er ulike turnusordninger, bruk av timebank, vikarpool, fokus på heltidskultur, og spesialisering av arbeidskraften.^{26 27}

²³ Dolonen, K. og Reppen, N. (2020). Kommunene brukte 1,2 milliarder på å leie inn vikarer i fjor. Artikkel i Sykepleien nr. 12/2020.

²⁴ Moland, L. E. og Bråthen, K. (2012): Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger. Fafo-rapport 2012:14.

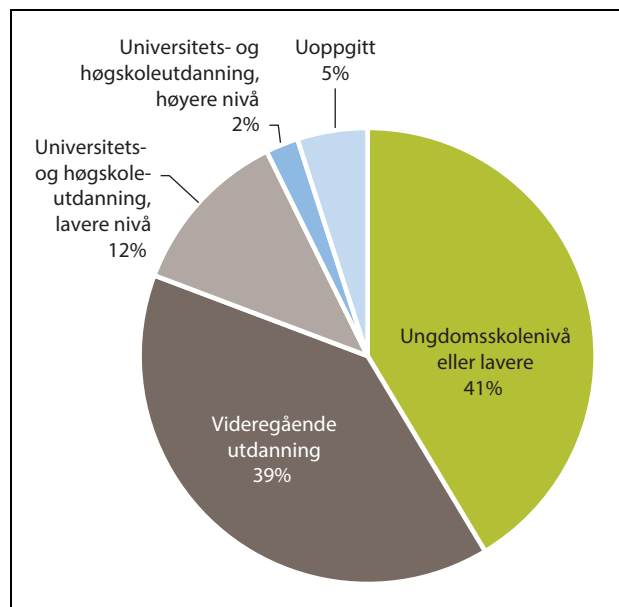
²⁵ Gransjøen AM og Sogstad M (2021): Undersøkelse om vikarbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – Omfang og årsaker til vikarbruk, samt kompetansebehov. Senter for omsorgsforskning, Omsorgsbiblioteket.

²⁶ Moland, L. E. og Bråthen, K. (2012): Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger. Fafo-rapport 2012:14.

²⁷ Ludvigsen, K. and H. Danielsen (2014): Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? Uni Research Rokkansenteret rapport 2-2014.

10.3.6 Høy andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør om lag en tredel av årsverkene og om lag halvparten av de sysselsatte i den brukerrettede delen av omsorgstjenesten, men med stor geografisk variasjon. Dette er en viktig personellgruppe som utfører mange viktige oppgaver for å få den daglig driften til å gå rundt. Samtidig representerer de et stort potensial for tjenestene i å dekke behovet for fagkompetanse. Dette er imidlertid ingen homogen gruppe. En liten andel har høyere utdanning, men over 40 pst. har utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere. Behovet for kompetanseheving er enormt, samtidig som et svært lavt formelt utdanningsnivå i gruppen gjør dette meget krevende.



Figur 10.12 Utdanningsnivå blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning 2021

Merknad: Viser utdanningsnivå blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenesten (årsverk). Tall for årsverk inkluderer lange fravær.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Helsedirektorat har på oppdrag fra departementet kartlagt muligheten for å kvalifisere personell uten helse- og sosialfaglig utdanning til en faglært yrkeskarriere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De konkluderer med at av de om lag 66 000 sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenesten er om lag 46 pst. aktuelle for kvalifisering. Dette er også en svært god arena å koble opp mot NAV sine arbeidsmarkedstiltak. Det er viktig å presisere at pleieassis-

tenter uten helse- og sosialfaglig utdanning også i fremtiden vil ivareta viktige oppgaver i omsorgstjenesten.

10.3.7 Sårbare fagmiljøer

Studier viser at ansatte søker seg til større fagmiljøer der de er mindre alene om ansvaret, og har lettere tilgang til faglig støtte.²⁸ Små kommuner opplever lekkasje av fagfolk både til mer sentrale storkommuner og til sykehusene, fordi småkommunene ikke er konkurransedyktige med hensyn til å tilby større fagmiljøer.²⁹ I små kommuner med forholdsvis få ansatte vil fagmiljøet være lite, og de er spesielt sårbare når nøkkelpersonell slutter i jobben. Små kommuner kan også være mindre attraktive som arbeidsplass for personer med spesialkompetanse, fordi fagmiljøet og tilfanget av oppgaver som krever spesialkompetanse er lite. Dette kan påvirke både nyrekruttering og kontinuitet i arbeidsstokken. Små kommuner med lite fagmiljø har vansker med å få kvalifiserte søkere, og vansker med å holde på kompetente ansatte. For å bøte på dette, engasjerer særlig distriktskommuner seg i regionalt og interkommunalt samarbeid for å øke kompetansen og bidra til rekruttering og stabilitet i bemanningen, og for å gi større og sterkere fagmiljøer.³⁰

Et godt og robust fagmiljø – som bidrar til god rekruttering og kontinuitet i bemanningen – preges også av god fagutvikling. Begrepet fagutvikling er en sekkebetegnelse for forbedring av rutiner, prosedyrer, undervisningsopplegg, veiledning, ulike prosjekter, implementering av ny kunnskap, kvalitetsarbeid eller forskning.³¹ Det settes fortsatt av for lite tid til faglig refleksjon i omsorgstjenesten. Det har de siste årene vært en positiv utvikling i omfanget av forskningen på og i omsorgstjenesten, men det er fortsatt lite systematisk kunnskap, og vi mangler fortsatt grunnleggende data og analyser av tjenestene. Strukturene for kunnskapsutvikling og -formidling er på plass med Senter for omsorgsforskning og Utviklingssentrene for hjemmetjenester og sykehjem, men tjenestene er fort-

satt sårbare når det gjelder kapasiteten med å utvikle, formidle og ta i bruk kunnskap.

10.3.8 Mangel på lederkompetanse og stort lederspenn

Omsorgstjenesten preges av store og komplekse virksomheter som stiller store krav til ledelse, samtidig som høy deltidsbruk tilsier at hver leder har mange ansatte å følge opp. Kartlegginger tyder på at om lag 50 pst. av lederne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke hadde en formell lederutdanning over 30 studiepoeng, og at det i omsorgstjenesten foreligger virksomheter med inntil i overkant av 300 medarbeidere per leder.^{32 33} Samtidig er hjemmetjenesten preget av et asynkront lederskap, der folk sjelden er på jobb samtidig, som gjør tjenesten særskilt vanskelig å lede.

Lederspenn og organisering ser ut til å ha liten sammenheng med fravær og turnover, men at organiseringen rundt ledelse og lederspenn påvirker hvordan en leder utøver rollen, med større grad av administrative oppgaver framfor relasjons- og endringsorienterte lederoppgaver. Større lederspenn betyr mindre tid til oppgaver som er mindre målbare på kort sikt, som det å være tett involvert i fag-, tjeneste- og kvalitetsutviklingsarbeid.³⁴

Tall fra KS for 2020 viser en turnover blant ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene på 16,4 pst. Høy turnover kan være resultat av det krevende arbeidet ledere står i, og er uheldig med hensyn til kontinuitet, utvikling og innovasjon.³⁵

Helsetilsynet har flere ganger pekt på utfordringer knyttet til styring og ledelse av omsorgstjenesten. Tilsyn tyder på at det er mangelfull kvalitetssikring og kontroll. Ledelsen i kommunene har ansvaret for å sørge for at omsorgstjenesten oppfyller kommunens lovpålagte plikter. Myndighet kan delegeres, men ikke ansvaret for at tjenestene er godt ledet og koordinert.

²⁸ Grut m.fl. (2021): Følgeevaluering av Kompetanseløft 2020. Sluttrapport. Sintef-rapport nr. 2021:703.

²⁹ Brandtzæg, B. A., T. E. Lunder, A. Aastvedt, A. Thorstensen, S. Groven og G. Møller (2019) Utredning om små kommuner. Telemarksforskning. Rapport nr. 473.

³⁰ Grut m.fl. (2021): Følgeevaluering av Kompetanseløft 2020. Sluttrapport. Sintef-rapport nr. 2021:703.

³¹ Løvsetten, Maria (2013): Fagutvikling i praksis. Artikkel i Sykepleien 2013:2.

³² Helsedirektoratet (2021): Nasjonal lederutdanning. Artikkel på helsedirektoratet.no.

³³ Holte, Kari Anne m.fl. (2019): Leiarspenn og organisering. Samanhang med sjukefravær og turnover. Norce-rapport nr. 33/2019.

³⁴ Holte, Kari Anne m.fl. (2019): Leiarspenn og organisering. Samanhang med sjukefravær og turnover. Norce-rapport nr. 33/2019.

³⁵ Helsedirektoratet (2021): Kompetanseløft 2020 Rapport. Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

10.3.9 Manglende kompetanseplanlegging

Strategisk kompetanseplanlegging er et viktig virkemiddel for kommunene i arbeidet med å sikre omsorgstjenesten nødvendig kompetanse og tilstrekkelig personell. Kommunene plikter å planlegge sin virksomhet og skal ha et styringssystem for dette, der politisk vedtatte kompetanseplaner bør inngå. Planene bør inneholde fremskrivninger av fremtidig behov for kompetanse. For pasienter og brukere med store og sammensatte behov er det særlig viktig å sikre tilstrekkelig faglig bredde. Det bør også beskrives hvordan kompetansen skal utnyttes.³⁶

Tilbakemeldinger fra statsforvalterne tyder på at mange kommuner, særlig mindre kommuner, har begrenset kapasitet og kompetanse når det gjelder analyser og planlegging av tjenestene. Riksrevisjonen undersøkelser av fylkesmennenes årsrapporter finner at det fortsatt er kommuner som ikke utarbeider planer for å møte de framtidige helse- og omsorgsutfordringene. Det varierer også om eksisterende planer er politisk forankret eller ikke.³⁷

10.4 Mål

Med opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten ønsker regjeringen å bistå kommunene i deres arbeid med å løse personellmangelen både på kort og lang sikt.

Regjeringens samlede mål for opptrappingsplanen er:

«Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten skal bidra til tilstrekkelig årsverk med relevant utdanning i omsorgstjenesten.»

Ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at de sikres tilstrekkelig fagkompetanse, ligger hos kommunene. Kompleksiteten i problemstillingene tilsier imidlertid at dette ikke kan løses av kommunene alene, men må løses i et samarbeid mellom flere aktører og i samspill med brukere og pårørende.

10.5 Strategier

For å nå målet har opptrappingsplanen følgende strategiske grep:

- Kvalifisere, rekruttere og beholde ansatte
- Organisere tjenester, oppgaver og ansvar for best mulig bruk av tilgjengelig personell
- God ledelse og planlegging av tjenestene

Samlet skal strategiene bistå kommunene i å redusere personellmangelen i omsorgstjenesten gjennom å bidra til å redusere avstanden mellom personellbehovet og tilgjengelig personell. Reduksjon av personellbehovet kan bl.a. oppnås med nye måter å organisere personellet og personellens oppgaver og ansvar på. Økt tilgang på tilgjengelig personell kan bl.a. oppnås med kvalifisering av ansatte, økte stillingsbrøker og virkemidler som bidrar til å rekruttere og beholde ansatte. Dette forutsetter god ledelse og planlegging i kommunene.

10.5.1 Kvalifisere, rekruttere og beholde ansatte

For å legge til rette for en god grunnbemanning i omsorgstjenesten, vil opptrappingsplanen bidra til at kommunene lykkes i å rekruttere og beholde personellet de trenger, og til å utnytte mulighetene som ligger i å kvalifisere egne ansatte gjennom grunn- og videreutdanning.

I tillegg til konkrete rekrutteringstiltak, har tiltak knyttet til ledelse, arbeids- og fagmiljø og kompetanseheving indirekte positiv innvirkning på rekrutteringen og det å beholde personell i tjenestene, bl.a. gjennom å bidra til attraktive og gode arbeidsplasser og styrking av tjenestens omdømme.

Samtidig bør tjenestene oppfordres til å rekruttere bredere enn de tradisjonelle utdanningsgruppene. For eksempel kan personell med relasjonskompetanse bidra til å opprettholde og mobilisere pårørende som en viktig ressurs for den enkelte bruker, eller gjennom å koble personellbehovet med NAVs arbeidsmarkedstiltak.

Kvalifisering av ansatte gjennom grunn- eller videreutdanninger er en viktig måte for kommunene å skaffe seg fagkompetansen de trenger. Dette forutsetter tilgjengelig utdanningstilbud og ordninger som er tilpasset voksnes forutsetninger og behov. Distriktskommunenes særskilte behov vil ivaretas gjennom desentraliserte studier og å opprette attraktive praksisplasser i flere kommuner.

En viktig forutsetning for å lykkes med å kvalifisere, rekruttere og beholde personell i virksom-

³⁶ Helsedirektoratet (2019): Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov.

³⁷ Helsedirektoratet (2020): «Omsorg 2020. Årsrapport 2019». IS-2923.

hetene, er at kommunene prioriterer strategisk kompetanseplanlegging. Dette vil understøttes gjennom veiledning og støtte, og gjelder særskilt distriktskommuner.

10.5.2 Organisering av tjenester, oppgaver og ansvar

For å legge til rette for best mulig bruk av tilgjengelig personell, er det viktig at kommunene driver tjenesteutvikling og prøver ut nye måter å jobbe på. Dette kan bl.a. handle om nye måter å samarbeide på, om delte stillinger og om retten til heltidsjobb. Det kan også handle om å gi medarbeidere større tillit igjennom å prøve ut nye måter å organisere oppgaver og ansvar på. For å sikre at de gode løsningene tas i bruk av kommunene, er det viktig at løsningenes effekter vurderes og muligheten for oppskalering er til stede.

Regjeringen ønsker en dreining mot faste team og mer kontinuitet og forutsigbarhet overfor den enkelte bruker. Dette bidrar til god kjennskap til brukeren og gode relasjoner over tid, og har mye å si for kvaliteten på tjenesten.

Regjeringen er opptatt av å skape en heltidskultur, redusere vikarbruken og øke kontinuiteten i omsorgstjenesten. Faste, hele stillinger skal være hovedregelen i norsk arbeidsliv. Ufrivillig deltid og manglende heltidskultur er et stort problem, og det rammer særlig kvinner. Økt omfang av heltidsstillinger byr på muligheter for årsverksvekst, og virker i tillegg positivt på rekrutteringen til tjenestene, sykefraværet, vikarbruken og kontinuiteten i bemanningen.

Hvis alle som i dag jobber i omsorgstjenesten hadde hatt hele stillinger, ville dette ha medført om lag 55 000 flere årsverk. Av disse utgjør sykepleiere om lag 4 000 årsverk, helsefagarbeidere om lag 14 000 årsverk og pleieassistenter uten helse- og sosialfaglig utdanning om lag 30 000 årsverk. Dette betyr at økte stillingsbrøker bør følges opp med kvalifiseringstiltak, for å bidra til å realisere opptrappingsplanens målsetting om flere årsverk med relevant fagutdanning.

Videre bør tjenestene oppfordres til å ta i bruk nye verktøy for å løse sine oppgaver. Det finnes godt utprøvde digitale løsninger og eksisterende teknologi bør skaleres og implementeres i tjenestene. Opplæring og kompetanse hos helsepersonell for å sikre vellykket implementering av digitale plattformer og velferdsteknologi er vesentlig for å komme i gang med nye arbeidsformer.

I tillegg bør tjenestene oppfordres til å nyttiggjøre seg av de ressurser i samfunnet som i dag

ofte er lite brukt, som samspill med frivillige. Disse vil kunne utgjøre et viktig supplement til omsorgstjenesten og bidra til gode hverdager og god egenmestring hos omsorgstjenestens brukere og andre med omsorgsbehov.

10.5.3 Ledelse og planlegging

For å legge til rette for en bærekraftig omsorgstjeneste med tilstrekkelig bemanning er det nødvendig med god ledelse og god planlegging. Dette handler om å bidra til at ledere har formell lederkompetanse, gode verktøy og handlingsrom til å ivareta sine oppgaver og ansvar, og til at kommuner og virksomheter driver strategisk kompetanseplanlegging. Det kan også handle om å gi ledere og kommuner større frihetsgrader i hvordan oppgaver skal løses.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring legger tydelig rammer for ledelse i kommunen. Lederne legger premissene for arbeidet med å kvalifisere og rekruttere personell, og for hvordan virksomheten organiseres. Ledere er også viktige kulturskapere i arbeidsmiljøet. Videre er ledelse viktig for det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Strategisk kompetanseplanlegging er fremhevet av både Helsedirektoratet og KS som et viktig virkemiddel for å sikre kommunene nødvendig kompetanse og kapasitet for å nå sine mål, med utgangspunkt i den enkelte kommunes behov og utfordringer.

10.6 Tiltak

Strategiene følges opp gjennom en rekke tiltak som omtales nærmere under. Tiltaksporteføljen vil kunne videreutvikles i kommende år som følge av ny kunnskap og politikk. Utfordringsbildet som er beskrevet ovenfor krever løsninger og virkemidler som strekker seg utenfor helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet med planen er derfor forankret bredt i regjeringen. Arbeidet koordineres av Helse- og omsorgsdepartementet, og innholdet i planen er utformet i et tett samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet.

Tiltakene kan grupperes inn i følgende:

- Tjenesteutvikling, inkl. organisering av oppgaver og ansvar
- Rekruttering og kvalifisering, inkl. utdanning, praksis- og læreplasser
- Ledelse og planlegging

10.6.1 Tjenesteutvikling

Tillitsreformen

Tillitsreformen er en sentral del av arbeidet med å fornye og utvikle offentlig sektor. Formålet med reformen er bedre tjenester og en bedre offentlig sektor. Innholdet i reformen skal skapes i tett samspill med brukerorganisasjoner, ansatte, tillitsvalgte og ledere i offentlige virksomheter. Dette er viktig for å skape tillit til offentlig sektor, og for å bygge opp under vår felles helse- og omsorgstjeneste, redusere markedstenkingen og hindre privatisering som kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller. Opptappingsplanen for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten kan knyttes til tillitsreformens intensjon om mer frihet til førstelinjen og til kommunene.

Tillitsreformen skal legge til rette for at stat og kommune kan tenke nytt, prøve ut nye løsninger, jobbe på andre måter enn før. Forsøk og piloter vil være en del av reformen, og det vil være viktig at muligheten for oppskalering er tilstede. Tillitsreformens vektlegging av forsøk og piloter kan understøtte opptappingsplanen ved at den kan gi rom for lokale initiativer som gir erfaringer med eksempelvis ulike turnus.

Gjennom mer tillitsbasert styring og ledelse er målet å redusere tidkrevende rapportering, overdreven kontroll og detaljstyring av arbeidsoppgaver. På denne måten vil tillitsreformen understøtte opptappingsplanen ved at den vil frigjøre tid slik at ansatte i førstelinjen får brukt sin arbeidstid på brukerne og utvikling av gode tjenester.

Frikommuneforsøk – Tillitsreformen

Det kan være aktuelt som del av opptappingsplanen at kommunene prøver ut nye måter å løse oppgavene i omsorgstjenesten på, for å nå målet om å bidra til tilstrekkelig årsverk med relevant utdanning i omsorgstjenesten. Der regelverk er til hinder for innovasjon kan det gjennom forsøk gis unntak fra krav i lov og forskrift. Formålet med forsøk er, i likhet med annet arbeid med eksperimentering og innovasjon å utvikle nye og bedre måter å løse oppgavene på i offentlig forvaltning. Forsøksloven gir hjemmel for å igangsette forsøk, og loven gir rammer for gjennomføring av forsøk i offentlig sektor.

Ved behandlingen av Prop. 110 S (2021–2022) *Kommuneproposisjonen 2023* ba Stortinget regjeringen om å legge til rette for etablering av frikommuneforsøk etter inspirasjon fra Danmark.

Departementet viser til en nærmere omtale av dette i Kommunal- og distriktsdepartementets Prop. 1 S (2022–2023).

Dokumentasjons- og drøftingsplikt og pott til å forsøk for å redusere deltid

Heltid er viktig for den enkeltes mulighet til å forsørge seg selv, og for arbeidstakernes medvirkning, trygghet og forutsigbarhet. Deltid kan også være negativt for arbeidsmiljøet og for kvalitet og kontinuitet i arbeidet. Regjeringen fremmet 17. juni 2022 forslag til endringer i arbeidsmiljøloven om å styrke retten til heltid. I proposisjonen foreslås det at det i arbeidsmiljøloven fastsettes en normgivende bestemmelse om at hovedregelen i arbeidslivet skal være ansettelse på heltid, og at behov for deltidsansettelse skal dokumenteres av arbeidsgiver. Det foreslås videre at arbeidsgiver skal drøfte spørsmålet om deltidsansettelse med tillitsvalgte, og at Arbeidstilsynet skal ha myndighet til å håndheve at dokumentasjons- og drøftingsplikten etterleves. Videre legges det i proposisjonen frem forslag til to lovendringer som skal styrke deltidsansattes fortrinnsrett. Det foreslås for det første å lovfeste at deltidsansattes fortrinnsrett til utvidet stilling etter arbeidsmiljøloven også skal gjelde, fremfor ny innleie i virksomheten. For det andre foreslås det at deltidsansatte skal ha fortrinnsrett til «ekstravakter og lignende».

Det fremgår videre av proposisjonen at de regulatoriske forslagene i proposisjonen bare er en del av regjeringens arbeid for å nå målet om økt bruk av heltid i arbeidslivet. Fortsatt samarbeid med og mellom arbeidslivets parter, arbeidet til den nylig nedsatte Helsepersonellkommissjonen og innføringen av pensjon fra første krone, som gir deltidsansatte i privat sektor rett på medlemskap i tjenstepensjonsordninger uavhengig av stillingsbrøk, er eksempler på andre viktige bidrag.

Regjeringen har derfor foreslått/fått vedtatt en heltidspott som skal gi virksomheter med et stort omfang av deltidsstillinger mulighet til å prøve ut alternative tilnærminger til dagens organisering. Potten vil kunne gis til virksomheter som ønsker å innføre og prøve ut alternativ organisering av arbeidstid, med det formål om å få mindre omfang av deltid. Lignende forsøk som er gjennomført tidligere har vist at alternative arbeidstidsordninger kan bidra til å øke stillingsstørrelser og antall heltidsstillinger, i tillegg til at det kan bidra til å bedre arbeidsmiljøet for de ansatte.

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskudd

Formålet med kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet er å bidra til å redusere mangelen på personell med relevant fagutdanning i omsorgstjenesten, for derigjennom å legge til rette for en bærekraftig omsorgstjeneste.

Ordningen skal bl.a. bidra til at kommunene organiserer tjenester, oppgaver og ansvar på en måte som sikrer best utnyttelse av tilgjengelig personell. Etter et tiår med innovasjon i omsorgstjenestene er tiden moden for å oppsummere de innovative løsningene som er utviklet, og å bidra til en bred implementering av de gode løsningene i kommunene, særlig i distriktskommunene. Ordningen vil derfor ses i sammenheng med Tørn, der det pågår forsøk med organisering av oppgaver i omsorgstjenestene.

Se øvrig omtale av tiltaket under kap. 10.6.2 og 10.6.3.

Tørn

Tørn er et prosjekt i regi av KS som omhandler forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenesten. Formålet med prosjektet er å bidra til omlegging av arbeidsformer og organisering av arbeidet for å øke kontinuiteten i tjenestene, gi brukere og ansatte større forutsigbarhet og trygghet, og å bidra til tjenester som er tilpasset brukernes hverdag. Dette kan være utprøving av alternative turnusordninger som bl.a. 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. KS har ansvaret for både modellutprøvingen og spredningen av erfaringer og kunnskap til kommunene. Tiltaket vil ses i sammenheng med kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet.

10.6.2 Rekruttering og kvalifisering

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskudd

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet innebærer en endring i innretningen fra det tidligere kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Ordningen har tidligere ikke truffet like godt blant små kommuner som blant større kommuner. Prioriteringene som ble satt møtte ikke behovene i små kommuner, og tilbakemelding var at kommunene burde få større rom til å prioritere ut fra egne

behov. Videre fremgikk det at små kommuner og kommuner som ligger langt fra utdanningsinstitusjonene, ville hatt større nytte av ordningen dersom den hadde dekket en større del av utgiftene. Samtidig fremgikk det at støtte til formalutdanninger (grunn- og videreutdanninger) var det klart viktigste tiltaket, og at opplæring som ikke er formalutdanninger bør finansieres av kommunene selv, med unntak av de statlig initierte opplærings tilbudene.

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet skal derfor bidra til at kommunene kvalifiserer egne ansatte gjennom grunn- og videreutdanning. I dette vil særlig desentraliserte studier være relevant, samt å bidra til at kommuner i hele landet har mulighet til å etablere praksisplasser.

Se øvrig omtale av tiltaket under kap. 10.6.1 og 10.6.3.

Desentraliserte utdanningstilbud

Regjeringen er opptatt av kvalitet og kapasitet i profesjonsutdanningene og vil våren 2024 legge fram en melding til Stortinget om profesjonsutdanningene. Regjeringen vil legge frem en stortingsmelding om profesjonsutdanningene våren 2024, med hovedvekt på helse- og sosial-, lærer-, og ingeniørutdanningene. På grunn av den demografiske utviklingen må vi i enda større grad enn tidligere satse på voksne studenter som ikke kan flytte til en sentral campus og studere på full tid. Regjeringen foreslår derfor å øke bevilgningen til 199,6 mill. kroner til de søknadsbaserte ordningene for studiesenter og desentralisert og fleksibel utdanning som forvaltes av Direktoratet for høyere utdanning.

Praksis i kommunene

Det har i lang tid vært utfordrende å få tilstrekkelig tilgang på praksisplasser for helse- og sosialfagstudenter. For hver studieplass som opprettes, må det følge praksisplasser. Økt kvalitet og kapasitet på praksisplasser i kommunene er avgjørende for å kunne utdanne tilstrekkelig antall kvalifiserte ansatte til helse- og velferdstjenestene. Regjeringen har derfor inngått en bilateral samarbeidsavtale med KS om kvalitets- og kapasitetsøkning i praksis for helse- og sosialfagstudenter. Partene vil være pådrivere for å få til mer og bedre samarbeid mellom universitet og høyskoler og kommuner, for å bidra til mer praksis for helse- og sosialfagstudenter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Samfunnskontrakten for flere læreplasser

Samfunnskontrakten for flere læreplasser danner et systematisk og målrettet grunnlag for samarbeid mellom partene i arbeidslivet og nasjonale myndigheter om læreplasser. Samarbeidet er synliggjort gjennom inngåelse av en ny samfunnskontrakt for perioden 2022–2026. Det er behov for flere fagarbeidere, og arbeidet med å rekruttere lærebedrifter innenfor alle utdanningsprogrammer skal derfor videreføres og styrkes.

Menn i helse

Menn i helse er et arbeidsrettet tiltak for menn mellom 25–55 år med egnet ytelse fra NAV. Prosjektet ledes av KS og er et samarbeid med kommuner, fylkeskommuner og NAV. Menn i helse bidrar til økt rekruttering og kvalifisering av menn til helse- og omsorgstjenester gjennom å gi deltakere en kort erfaring med å jobbe i sektoren og et tilbud om komprimert utdanningsløp fram til fagbrev som helsefagarbeider. Prosjektet er så langt en av de mest vellykkede satsingene på rekruttering av menn til omsorgssektoren. For nærmere omtale se kap. 761, post 21.

Fagbrev på jobb

Fagbrev på jobb er en ordning for voksne som er i et arbeidsforhold. Voksne får her mulighet til å få fag- eller svennebrev på grunnlag av allsidig praksis, realkompetansevurdering og opplæring kombinert med veiledet praksis i vanlig arbeid. Ordningen stiller samme krav til kompetanse i faget, og til gjennomføring av eksamener og fag- og svenneprøven, som for praksiskandidater. Målgruppen er voksne i arbeidslivet som har fullført grunnskolen eller tilsvarende opplæring. En voksen som ønsker å ta Fagbrev på jobb må ta kontakt med fylkeskommunen om de kan tilby Fagbrev på jobb. Et vilkår for å ta i bruk denne ordningen er at den voksne er i et arbeidsforhold og har minimum ett års praksis i faget. Fagbrev på jobb forutsetter et samarbeid mellom arbeidsgiver, den ansatte og fylkeskommunen. Fylkeskommunen har ikke en plikt til å tilby fagbrev på jobb. Erfaringene i fylkeskommunene er at Fagbrev på jobb har blitt en populær og etterspurt ordning. Den gir den voksne mulighet til å oppnå fag- eller svennebrev samtidig som de er i vanlig lønnet arbeid og på den måten er sikret livsopphold under opplæring.

Jobbvinner

Jobbvinner er en nasjonalt satsing med mål om å øke rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Målet i siste instans er at god bemanning og fagkompetanse kommer pasienter og brukere til gode. Prosjektet er ledet av KS i samarbeid med Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Delta. Et av de mest sentrale tiltakene i prosjektet er å etablere samarbeid mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner. Hensikten med samarbeidet er å utvikle tiltak som styrker praksisopplæring. Jobbvinner har etablert en god struktur og organisering for mentorordning for nyansatte helsefagarbeidere og sykepleiere innen helse- og omsorgstjenester. I tillegg har Jobbvinner særlig fokus i forbindelse med desentraliserte sykepleierutdanninger. For nærmere omtale se kap. 761, post 21.

Med ABC til fagbrev

Kurspakke for ufaglærte tilbys av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Formålet er opplæring av ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider, eller kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. Målgruppe er ansatte i omsorgstjenesten uten relevant helse- eller sosialfaglig utdanning, herunder ansatte med fremmedspråklig bakgrunn. For nærmere omtale se kap. 761, post 21.

10.6.3 Ledelse og planlegging

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er en lederutdanning tilpasset mellomledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, der en vesentlig andel jobber i omsorgstjenesten. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå, og skal bidra til å styrke lederne i å gjennomføre nødvendig omstilling og utvikling i tjenestene framover. Utdanningen bidrar også til at lederne håndterer krysspress de står i på en bedre måte. Utdanningen tilbys på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling.

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskudd

Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet vil særlig målrettes mot kommunene med størst

behov. Som et ledd i dette vil ordningen også understøtte kommunene i deres strategiske kompetanseplanlegging og etablere en regional koordinatorrolle organisatorisk plassert hos Statsforvalter. Dette vil understøttes gjennom veiledning og støtte, særlig til distriktskommuner. Se øvrig omtale av tiltaket under kap. 10.6.1 og 10.6.2.

10.7 Gjennomføring av opptrappingsplanen

Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten er et tverrdepartementalt samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet. Planen skal følges opp gjennom Kompetanseløft 2025. Statsforvalter vil ha et særskilt ansvar for dialogen med og oppfølgingen av kommunene, i et samarbeid med andre relevante regionale aktører.

Gjennomføringen av planen vil avhenge av samarbeid mellom nasjonale myndigheter, kommunene og fylkeskommunene, KS, brukerorganisasjoner, utdanningssektoren, fag- og forskningsmiljøer, NAV og yrkesorganisasjonene. Eksempelvis har nasjonale myndigheter ansvaret for rammeverket knyttet til bl.a. grunnutdanning, juridiske rammer for omsorgssektoren og fordeling

av kommunene og fylkeskommunenes rammefinansiering, mens kommunene har et stort ansvar lokalt med å sikre tilstrekkelig personell og kompetanse. Dette viser bredden og kompleksiteten i arbeidet for å oppnå planens mål og behovet for samarbeid for å løse fremtidens bemanningsutfordringer i omsorgssektoren.

Fra statens side vil det i gjennomføringen av planen være viktig å påse at de statlige oppdragene til relevante aktører innrettes på en måte som bidrar til måloppnåelse av planens målsetting. Dette inkluderer bl.a. Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Statsforvalterne, Senter for omsorgsforskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Senter for aldring og helse og Rådet for aldersvennlig Norge.

Opptrappingsplanen vil være dynamisk, der strategier og tiltak vil videreutvikles i tråd med utvikling av ny politikk og ny kunnskap, og i et samarbeid med relevante aktører. Utvikling av nye tiltak vil bl.a. komme gjennom Bo trygt hjemme-reformen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og gjennom oppfølgingen av Helsepersonellkommisjonen. Det vil også være naturlig å se opptrappingsplanen i sammenheng med andre politiske prosesser, som opptrappingsplan for psykisk helse, forebyggings- behandlingsreform for rusfeltet, og styrkingen av allmennelegetjenesten. Utvikling av ny kunnskap vil være et viktig grunnlag for arbeidet. Regjeringen vil over de årlige statsbudsjettene presentere rammene for arbeidene i de ulike sektorene.

11 Videreutvikling av Nye metoder

11.1 Rammer og formål for utviklingsarbeidet

Det vises til Stortingets vedtak nr. 294 i forbindelse med behandlingen av Prop. 55 L (2018–2019), jf. Innst. 93 L (2019–2020):

«Stortinget ber regjeringen om å i tråd med prioriteringsmeldingen og de vedtatte målene for legemiddelpolitikken samt premissene i Prop. 55 L (2018–2019) – sørge for en evaluering av dagens organisering av og saksbehandling i systemet for nye metoder, med hensikt å videreutvikle et system for likeverdig og rask introduksjon av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.»

Videre vises det til Stortingets vedtak nr. 766 og 765 ved behandling av Dokument 8:233 S (2021–2022), jf. Innst. 359 S (2021–2022):

«Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2023 gi en redegjørelse for hvordan evalueringen av systemet for Nye metoder er fulgt opp, inkludert tiltak for å få saksbehandlingstiden ned, sikre tillit til systemet og gi brukere og fagfolk en sterkere stemme.»

«Stortinget ber regjeringen følge anbefalingen fra Proba om å gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen og å komme tilbake til Stortinget med en drøfting av unntaksordningen og praktiseringen av den i den varslede stortingsmeldingen om prioritering.»

Systemet for Nye metoder er de regionale helseforetakenes felles system for å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten. Gjennom systemet tas det beslutninger om innføring, utfasing og revurdering av metoder i spesialisthelsetjenesten. Metodene som vurderes er legemidler, herunder indikasjonutvidelser eller nye kombinasjoner av legemidler, medisinsk utstyr, prosedyrer og organisatoriske tiltak. Systemet ble etablert i 2013, jf. Stortingets behandling av Meld. St. 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester*, jf. Innst. 250 S (2012–2013).

Systemet ble lovfestet i 2020, jf. Prop. 55 L (2018–2019) *Endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient og brukerrettighetsloven (lovfesting av systemet for nye metoder m.m.)*, jf. Innst. 93 L (2019–2020) og Lovvedtak 41 (2019–2020). Nye metoder er også omtalt i Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse* og Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste – Melding om prioritering*.

Systemet skal bidra til å:

- Gi pasienter trygghet for at metoder som innføres er vurdert med hensyn til effekt og sikkerhet
- Understøtte likeverdig og rask tilgang til nye og innovative metoder
- Vise nytte og ressursbruk for nye metoder sammenliknet med eksisterende behandling
- Bidra til revurdering av eksisterende metoder når det er tvil om metodens nytte eller sikkerhet
- Fremskaffe et kvalitetssikret grunnlag for prioritering og beslutning om metoder
- Gi transparente prioriteringer og beslutninger.

Systemet for Nye metoder eies av de regionale helseforetakene, som har ansvar for drift og videreutvikling av systemet. Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet bidrar med utgangspunkt i sine respektive ansvarsområder og kompetanse. Det overordnede formålet med utviklingsarbeidet er å heve kvaliteten i organiseringen og saksbehandlingen, samt å bidra til bedre måloppnåelse knyttet til de ovennevnte punktene.

11.2 Probas evaluering av Nye metoder

Helse- og omsorgsdepartementet utlyste et oppdrag om evaluering av systemet for Nye metoder i mai 2020. Proba samfunnsanalyse ble tildelt oppdraget i oktober 2020. I tråd med Stortingets vedtak nr. 294, har evalueringen hatt som formål å undersøke hvorvidt dagens organisering og saksbehandlingsprosesser i systemet er egnet til å

oppnå målene for systemet, samt hvorvidt systemet er rustet til å møte fremtidens medisinsk-teknologiske utvikling, herunder bl.a. utvikling av persontilpasset medisin. Departementet mottok Probas evalueringsrapport 15. november 2021.

Evalueringsrapporten viser at det generelt er bred støtte for de grunnleggende hovedtrekkene i systemet for Nye metoder – at det etableres et faglig beslutningsgrunnlag og at prioriteringskriteriene skal ligge til grunn for beslutninger om innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Rapporten viser også at samhandlingen mellom aktørene i systemet fungerer etter hensikten.

Sammenligningen av tidsbruken i systemet med tilsvarende prosesser i Danmark, Sverige og England viser en tendens til at Norge bruker lenger tid for å innføre legemiddelbaserte metoder. Rapporten anbefaler å skape et bedre samsvar mellom systemets ambisjonsnivå, virkeområde og saksbehandlingskapasitet. Dette vil kunne bidra til å redusere tidsbruken i systemet, og til raskere tilgang til nye metoder. Videre viser evalueringen at tilliten til systemet er varierende, og at tilliten kan styrkes gjennom større forutsigbarhet og åpenhet, samt klarere roller og medvirkningsmuligheter.

For den fremtidsrettede utviklingen av systemet, anbefaler rapporten at det utarbeides et strategidokument for å beskrive utfordringsbildet i nær fremtid og planer for mer langsiktig utvikling av systemet. Rapporten anbefaler også at det gjennomføres en gjennomgang av unntaksordningen (for metoder som er til vurdering og i utgangspunktet ikke skal tas i bruk), for å avdekke om ordningen praktiseres likeverdig eller ikke.

11.3 Oppfølging av evaluering av Nye metoder

Evalueringen av Nye metoder inngår i kunnskapsgrunnlaget for videreutvikling av systemet. I tråd med funnene fra evalueringen fokuserer utviklingsarbeidet på følgende prioriterte områder i 2022: i) tilpasninger for bedre håndtering av medisinsk utstyr, ii) korte ned saksbehandlingstiden, iii) styrking av medvirkning og åpenhet, iv) koordinering av det strategiske utviklingsarbeidet, og v) bedre implementering gjennom oppdatering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Det ble på denne bakgrunn gitt følgende oppdrag i oppdragsdokumentene og tildelingsbrevene til medvirkende aktører i systemet for Nye metoder i 2022.

Til de regionale helseforetakene:

De regionale helseforetakene skal, i samarbeid med Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, og Helsedirektoratet følge opp evalueringen av Nye metoder, med tiltak for raskere saksbehandling og økt bruker- og klinikerinvolvering, herunder utvikle rammer for en sterkere referansegruppe i systemet. I dette arbeidet inngår utarbeidelsen av en samlet prosessveileder for saksbehandling i systemet og et strategisk dokument for videreutviklingen av systemet, som inkluderer håndtering av persontilpasset medisin og medisinsk utstyr samt bruk av mini-metodevurderinger. Det skal leveres en felles statusrapport for arbeidet 1. oktober 2022.

De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Vest RHF, gjennomgå praktiseringen av unntaksordningen i system for Nye metoder. De regionale helseforetakene skal herunder vurdere om unntaksordningen praktiseres i tråd med premissene i Prop. 55 L (2018–2019) og undersøke variasjon i praktiseringen av unntak for enkeltpasienter. Arbeidet skal vurdere forslag til forbedringer og eventuelle behov for endringer i ordningen. Gjennomgangen skal også vurdere sammenhengen mellom unntaksordningen i Nye metoder og ordninger for tilgang til utprøvende behandling, som for eksempel compassionate use program, godkjenningssfritak eller kliniske studier.

Til Statens legemiddelverk:

Statens legemiddelverk skal i samarbeid med de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet følge opp evalueringen av Nye metoder på sitt ansvarsområde, med tiltak for raskere saksbehandling og større bruker- og klinikerinvolvering, samt bidra i utarbeidelsen av en samlet prosessveileder for saksbehandling i systemet. Legemiddelverkets oppfølging skal inngå i felles statusrapport for arbeidet som de regionale helseforetakene leverer 1. oktober 2022.

Til Folkehelseinstituttet:

Folkehelseinstituttet skal i samarbeid med de regionale helseforetakene, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet følge opp evalueringen av Nye metoder på sitt ansvarsområde, med tiltak for raskere saksbehandling og større bruker- og klinikerinvolvering, herunder for håndtering av ulike typer medisinsk utstyr i systemet, samt bidra til utarbeidelsen

av en samlet prosessveileder for saksbehandling i systemet. Folkehelseinstituttets oppfølging skal inngå i felles statusrapport for arbeidet som de regionale helseforetakene leverer 1. oktober 2022.

Til Helsedirektoratet:

Helsedirektoratet skal i samarbeid med de regionale helseforetakene, Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet følge opp evalueringen av Nye metoder på sitt ansvarsområde, herunder tiltak som gjelder oppdatering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, og bidra til utarbeidelsen av en samlet prosessveileder for saksbehandling i systemet. Helsedirektoratets oppfølging skal inngå i felles statusrapport for arbeidet som de regionale helseforetakene leverer 1. oktober 2022.

11.4 Status for pågående oppdrag i 2022

De regionale helseforetakene leverte en foreløpig statusoppdatering om arbeidet med oppdragene i mai 2022. En ny statusrapport forventes levert 1. oktober 2022. Det skal videre rapporteres på oppdragene i årlig melding for 2022 med frist i mars 2023. Under følger en statusrapportering for de pågående oppdragene per august 2022.

Håndtering av metoder som ikke er legemidler

Det er et stort og økende omfang av ny teknologi og utstyr som berører virkeområdet til systemet for Nye metoder. Saksbehandlingskapasiteten i systemet er ikke tilpasset at alle nye teknologiske produkter skal metodevurderes nasjonalt. Det er derfor behov for å avklare hvilke metoder ut over legemidler som systemet for Nye metoder skal håndtere, samt tydeliggjøre kriterier og prosesser som skal brukes for å identifisere metodene. Enklere metoder vil kunne vurderes lokalt i det enkelte helseforetak gjennom en mini-metodevurdering, mens det vil være naturlig at mer komplekse metoder, for eksempel de som reiser mer omfattende økonomiske, juridiske eller etiske spørsmål, løftes til vurdering på nasjonalt nivå. Systemet for Nye metoder har arbeidet med kriterier for hvilke metoder, ut over legemidler, som skal prioriteres for metodevurdering i systemet for Nye metoder på hhv. lokalt og nasjonalt nivå. Den overordnede målsetningen for arbeidet er å etablere prosesser og kriterier for identifisering, utvelgelse og prioritering

av metoder som ikke er legemidler. Formålet er å sikre et tidsriktig og hensiktsmessig grunnlag for beslutninger om innføring og utfasing av metoder i spesialisthelsetjenesten. Som grunnlag for arbeidet er det utformet en beskrivelse av nå-situasjonen i systemet for Nye metoder, og laget en oversikt over hvordan denne typen metoder håndteres i andre land (per juni 2022). Aktørene i systemet for Nye metoder vil arbeide videre med dette området i 2022 og 2023, med involvering av en ny referansegruppe for metoder som ikke er legemidler.

Saksbehandlingstiden og tid frem til beslutning

De regionale helseforetakene har i samarbeid med øvrige aktører, opprettet en arbeidsgruppe som skal vurdere og fremme forslag til løsninger og tiltak som kan føre til mer effektiv og raskere saksbehandling innen legemiddelområdet. Arbeidsgruppen ledes av sekretariatet for systemet for Nye metoder. I arbeidet ses det på muligheten for gjenbruk av dokumentasjon fra søknad om markedsføringstillatelse og hvordan antallet metodevurderinger og omfanget av disse kan reduseres. Videre ses det på tilpasninger i detaljeringsgraden i de helseøkonomiske analysene der dette er mulig. Det tas sikte på at arbeidsgruppen leverer forslag til tiltak i oktober 2022.

Saksbehandlingstiden er ikke styrt av systemet for Nye metoder alene, men påvirkes bl.a. sterkt av hvor lenge det ventes på kliniske data fra leverandører – noe som er et grunnleggende element for metodevurdering og saksbehandling. Det arbeides derfor med rutiner for hvordan det kan fattes beslutning i saker der leverandører ikke leverer dokumentasjon innen gitte frister.

Tid til beslutning om innføring påvirkes også av behovet for prisforhandlinger i de tilfellene der pristilbudet fra leverandøren ikke er tilfredsstillende vurdert ut fra prinsippene for prioritering. I disse tilfellene kan det oppstå målkonflikt mellom rask innføring og overholdelse av de tre prioriteringskriteriene som system for Nye metoder og spesialisthelsetjenesten for øvrig må forholde seg til.

Medvirkning og åpenhet

For å styrke åpenhet og medvirkningsmuligheter i systemet for Nye metoder, er det gitt oppdrag om å utarbeide en prosessveileder for arbeidsprosessene i systemet. Aktørene har besluttet at det er hensiktsmessig å utarbeide to ulike prosessvei-

ledere, en for legemidler og en for ikke-legemidler. Arbeidet med prosessveilederen for legemidler vil starte høsten 2022.

Et annet tiltak for økt medvirkning og åpenhet er å legge til rette for enda større involvering av fagekspertter og brukere i systemet for Nye metoder, både i vurderingsprosessene for enkeltsaker og på systemnivå. Det er samtidig en viktig forutsetning at prosesser med større involvering av fagekspertter og brukere ikke fører til økt total saksbehandlingstid.

For å styrke medvirkning fra fagekspertter i metodevurderingsarbeidet er det fra februar 2022 etablert en praksis for at det rekrutteres fagekspertter til hvert enkelt oppdrag via lederlinjen i helseforetakene. Videre har de regionale helseforetakene hatt dialog med Legeforeningen og drøftet muligheten for at de fagmedisinske foreningene kan foreslå fagekspertter som så kan oppnevnes av de regionale helseforetakene.

Det er også igangsatt et arbeid for å styrke brukermedvirkningen. Det er opprettet en arbeidsgruppe som skal komme med forslag til tiltak på kort sikt for styrket brukermedvirkning og tydeligere rollebeskrivelser og mål for de ulike formene for brukermedvirkning i systemet for Nye metoder. De regionale helseforetakene vurderer videre å utvikle rammene for en sterkere referansegruppe i systemet, og en revisjon av struktur og mandat for dagens referansegruppe inngår i dette arbeidet.

Strategisk utviklingsarbeid

De regionale helseforetakene starter opp arbeidet med et strategidokument for systemet for Nye metoder senest høsten 2022. I dette arbeidet vil også referansegruppene ha en viktig rolle. Arbeidet skal være påbegynt og et rammeverk foreligge til oktober 2022, men selve strategien vil det kreve noe lengre tid å utarbeide.

Bedre implementering

Bedre implementering av beslutningene ivaretas bl.a. gjennom oppdraget til Helsedirektoratet om raskere oppdatering av de nasjonale faglige retningslinjene og veiledere. Det vil rapporteres på oppdraget i oktober 2022. Det vises videre til oppdraget om gjennomgang av praktiseringen av unn-taksordningen gitt i revidert oppdragsdokument til de regionale helseforetakene i 2022. Departementet vil motta rapportering på dette oppdraget i forbindelse med årlig melding i 2023.

Styrking av metodevurderingskapasitet og kompetanse

Regjeringen foreslår å styrke metodevurderingskapasitet og kompetanse i Legemiddelverket og Folkehelseinstituttet med 20 mill. kroner i 2023. Satsingen vil, sammen med effektiviseringstiltakene som igangsettes, bidra til å møte de vedvarende og økende utfordringene i å håndtere både en økende saksmengde og økende kompleksitet i vurdering av dokumentasjonsgrunnlaget i systemet for Nye metoder. Det vises til omtale av satsingen i kap. 745, post 01 og kap. 746, post 01.

11.5 Ny stortingsmelding om prioritering

Regjeringen vil legge frem en ny stortingsmelding om prioritering, som bl.a. skal vurdere persontilpasset medisin og åpenhet og etterprøvbarhet rundt prioriteringer i helsetjenesten. Meldingen vil bygge på arbeidet med utvikling av systemet for Nye metoder i 2022 og 2023. Meldingen vil bl.a. drøfte problemstillinger knyttet til innføringen av persontilpasset medisin og regjeringens politikk for å sikre bærekraft i den offentlige helsetjenesten og for å bevare likeverdig tilgang til nye og innovative behandlingsmetoder.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2022–2023) om statsbudsjettet for år 2023 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et framlagt forslag.

Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2022–2023) statsbudsjettet for budsjettåret 2023 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	275 587 000	275 587 000
701	E-helse, helseregistre mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	239 837 000	
	70 Norsk Helsenett SF	67 901 000	
	71 Medisinske kvalitetsregistre	40 614 000	
	73 Tilskudd til E- helse i kommunal sektor, <i>kan overføres</i>	20 420 000	368 772 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	33 997 000	
	22 Beredskapslagring legemidler, <i>kan overføres, kan nyttes under post 71</i>	110 600 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	4 357 000	
	71 Tilskudd beredskapslagring smittevernutstyr, <i>kan overføres, kan nyttes under post 22</i>	153 472 000	302 426 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	12 156 000	
	71 Internasjonale organisasjoner	145 917 000	
	72 Tilskudd til Verdens helseorganisasjon (WHO)	21 103 000	179 176 000
704	Norsk helsearkiv		
	01 Driftsutgifter	67 175 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	5 181 000	72 356 000
708	Eldreombudet		
	01 Driftsutgifter	5 817 000	5 817 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
709	Pasient- og brukerombud		
	01 Driftsutgifter	82 798 000	82 798 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		1 286 932 000
	Folkehelse mv.		
710	Vaksiner mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	260 294 000	
	22 Salgs- og beredskapsprodukter mm., <i>kan overføres</i>	276 986 000	
	23 Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19, <i>kan overføres</i>	1 920 800 000	2 458 080 000
712	Bioteknologirådet		
	01 Driftsutgifter	13 329 000	13 329 000
714	Folkehelse		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 70, 74 og 79</i>	102 802 000	
	22 Gebyrfinansierte ordninger	28 531 000	
	60 Kommunale tiltak, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	87 930 000	
	70 Rusmiddeltiltak mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	186 480 000	
	74 Skolefrukt mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	21 648 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	88 935 000	516 326 000
717	Legemiddeltiltak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 901 000	
	70 Tilskudd	67 305 000	79 206 000
	Sum Folkehelse mv.		3 066 941 000
	Spesialisthelsetjenester		
732	Regionale helseforetak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	19 629 000	
	70 Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	1 555 946 000	
	71 Resultatbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	611 983 000	
	72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	70 476 240 000	
	73 Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	24 904 372 000	
	74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	18 570 248 000	
	75 Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	16 114 074 000	
	76 Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	36 779 324 000	
	77 Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	3 624 405 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 385 815 000	
	80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	8 793 773 000	
	81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>	225 570 000	
	82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	9 970 132 000	
	83	Byggelånsrenter, <i>overslagsbevilgning</i>	595 000 000	
	86	Driftskreditter	6 459 000 000	200 085 511 000
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	3 635 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	110 650 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 516 000	117 801 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01	Driftsutgifter	84 051 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	15 124 000	
	70	Hjemhenting ved alvorlig psykisk lidelse mv.	3 128 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	308 821 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	13 830 000	424 954 000
737		Historiske pensjonskostnader		
	70	Tilskudd, <i>overslagsbevilgning</i>	91 650 000	91 650 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		200 719 916 000
		Sentral helseforvaltning		
740		Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	1 305 832 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	35 149 000	1 340 981 000
741		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	236 733 000	
	70	Advokatutgifter	51 488 000	
	71	Særskilte tilskudd	25 668 000	313 889 000
742		Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	177 262 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	16 055 000	193 317 000
744		Direktoratet for e-helse		
	01	Driftsutgifter	259 036 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	132 585 000	391 621 000
745		Folkehelseinstituttet		
	01	Driftsutgifter	1 235 942 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	167 779 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	13 732 000	1 417 453 000
746		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	375 521 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	32 482 000	408 003 000
747		Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	01	Driftsutgifter	152 240 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	14 063 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 946 000	171 249 000
748		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	173 893 000	173 893 000
749		Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten		
	01	Driftsutgifter	42 231 000	42 231 000
		Sum Sentral helseforvaltning		4 452 637 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	167 500 000	
	60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	9 765 000	
	61	Vertskommuner	900 719 000	
	63	Investeringsstilskudd – rehabilitering, <i>kan overføres, kan nyttes under post 69</i>	1 248 882 000	
	64	Kompensasjon for renter og avdrag	938 400 000	
	65	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, <i>overslagsbevilgning</i>	58 879 000	
	67	Utviklingstiltak	88 825 000	
	68	Kompetanse og innovasjon	393 707 000	
	69	Investeringsstilskudd – netto tilvekst, <i>kan overføres</i>	1 014 983 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	27 994 000	
	72	Landsbystiftelsen	90 574 000	
	73	Særlige omsorgsbehov	75 272 000	
	75	Andre kompetansetiltak	12 040 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	153 079 000	5 180 619 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	215 951 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	60 Forebyggende helsetjenester	463 975 000	
	61 Fengselshelsetjeneste	198 591 000	
	63 Allmennlegetjenester	626 441 000	
	70 Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	60 051 000	
	73 Seksuell helse, <i>kan overføres</i>	62 284 000	
	74 Stiftelsen Amatheia	20 470 000	1 647 763 000
765	Psykisk helse, rus og vold		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72</i>	217 166 000	
	60 Kommunale tjenester, <i>kan overføres</i>	370 942 000	
	62 Rusarbeid, <i>kan overføres</i>	443 766 000	
	71 Brukere og pårørende, <i>kan overføres</i>	164 511 000	
	72 Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	512 765 000	
	73 Utviklingstiltak mv.	158 777 000	
	74 Kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	331 163 000	
	75 Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	272 878 000	2 471 968 000
	Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		9 300 350 000
	Tannhelse		
770	Tannhelsetjenester		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	42 047 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	425 194 000	467 241 000
	Sum Tannhelse		467 241 000
	Kunnskap og kompetanse		
780	Forskning		
	50 Norges forskningsråd mv.	381 211 000	381 211 000
781	Forsøk og utvikling mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	21 986 000	
	79 Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	57 164 000	79 150 000
783	Personell		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	33 894 000	
	61 Tilskudd til kommuner	218 540 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	30 073 000	282 507 000
	Sum Kunnskap og kompetanse		742 868 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Spesialisthelsetjenester mv.			
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70 Spesialisthjelp	2 607 400 000	
	71 Psykologhjelp	418 000 000	
	72 Tannbehandling	2 550 000 000	
	76 Private laboratorier og røntgeninstitut	1 198 500 000	6 773 900 000
	Sum Spesialisthelsetjenester mv.		6 773 900 000
Legehjelp, legemidler mv.			
2751	Legemidler mv.		
	70 Legemidler	12 825 500 000	
	71 Legeerklæringer	19 000 000	
	72 Medisinsk forbruksmateriell	2 188 000 000	15 032 500 000
2752	Refusjon av egenbetaling		
	72 Egenandelstak	8 114 000 000	8 114 000 000
2755	Helsetjenester i kommunene mv.		
	62 Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	524 000 000	
	70 Allmennlegehjelp	7 046 750 000	
	71 Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 474 400 000	
	72 Jordmorhjelp	85 000 000	
	73 Kiropraktorbehandling	215 000 000	
	75 Logopedisk og ortoptisk behandling	240 000 000	9 585 150 000
2756	Andre helsetjenester		
	70 Helsetjenester i annet EØS-land	15 000 000	
	71 Helsetjenester i utlandet mv.	455 000 000	
	72 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	275 000 000	745 000 000
	Sum Legehjelp, legemidler mv.		33 476 650 000
Andre helsetiltak			
2790	Andre helsetiltak		
	70 Bidrag	242 000 000	242 000 000
Sum Andre helsetiltak			242 000 000
Sum departementets utgifter			260 529 435 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Diverse inntekter			
3701	E-helse, helseregistre mv.		
	02 Diverse inntekter	4 653 000	4 653 000
3704	Norsk helsearkiv		
	02 Diverse inntekter	3 237 000	3 237 000
3710	Vaksiner mv.		
	03 Vaksinesalg	279 686 000	279 686 000
3714	Folkehelse		
	04 Gebyrinntekter	13 040 000	13 040 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	326 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	725 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	591 100 000	1 642 100 000
3740	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	21 689 000	
	04 Gebyrinntekter	41 051 000	
	05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	87 000 000	149 740 000
3741	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	7 312 000	
	50 Premie fra private	17 518 000	24 830 000
3742	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten		
	50 Premie fra private	2 380 000	2 380 000
3745	Folkehelseinstituttet		
	02 Diverse inntekter	204 674 000	204 674 000
3746	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	36 834 000	
	04 Registreringsgebyr	87 067 000	123 901 000
3747	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet		
	02 Diverse inntekter	18 837 000	
	04 Gebyrinntekter	40 569 000	59 406 000
3748	Statens helsetilsyn		
	02 Diverse inntekter	1 000 000	1 000 000
	Sum Diverse inntekter		2 508 647 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Skatter og avgifter			
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70 Legemiddeldetaljistavgift	68 385 000	
	72 Avgift utsalgssteder utenom apotek	2 700 000	
	73 Legemiddelleverandøravgift	223 000 000	
	74 Tilsynsavgift	3 770 000	
	75 Sektoravgift tobakk	18 952 000	316 807 000
	Sum Skatter og avgifter		316 807 000
Renter og utbytte mv.			
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85 Statens overskuddsandel	93 600 000	
	86 Utbytte	2 000	93 602 000
	Sum Renter og utbytte mv.		93 602 000
	Sum departementets inntekter		2 919 056 000

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2023 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 22	kap. 3710 post 03
kap. 714 post 22	kap. 3714 post 04
kap. 740 postene 01 og 21	kap. 3740 postene 02 og 04
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 post 01	kap. 3714 post 04
kap. 745 postene 01 og 21	kap. 3745 post 02
kap. 746 postene 01 og 21	kap. 3746 post 02 og 04
kap. 746 post 01	kap. 5572 post 74
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 2023 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	500 mill. kroner
	22	Salgs- og beredskapsprodukter m.m.	200 mill. kroner
	23	Vaksiner og vaksinasjon mot covid-19	500 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakt

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2023 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	
	79	Andre tilskudd	1,0 mill. kroner

Andre fullmakter

V

Investeringslån og driftskredittramme til regionale helsøforetak

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2023 aktiverer investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak i statens kapitalregnskap.

VI

Oppgjørsordninger under Helfo (nettoføring)

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2023 i tilknytning til oppgjørsordninger som forvaltes av Helfo, kan føre utgifter og inntekter uten bevilgninger over kap. 740 Helsedirektoratet på følgende poster:

- post 60 Oppgjørsordning gjesteinnbyggeroppgjør for fastleger
- post 61 Oppgjørsordning covid-19-vaksinering
- post 70 Oppgjørsordning helsetjenester i annet EØS-land
- post 71 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler
- post 72 Oppgjørsordning fritt behandlingsvalg
- post 73 Oppgjørsordning Statens pensjonskasse

Netto mellomregning føres ved årets slutt i kapitalregnskapet for hver av ordningene.

VII

Fullmakt til føring mot mellomværendet med statskassen

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet kan gi Folkehelseinstituttet fullmakt til regnskapsføring av legemiddeldetaljstavgiften mot mellomværendet med statskassen.

VIII

Fullmakt til å donere eller kassere koronavaksiner

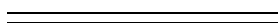
Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2023 får fullmakt til at vaksinedoser som ikke er planlagt brukt i Norge og som det ikke vurderes som hensiktsmessig å beholde i et beredskapslager, kan doneres eller kasseres.

Andre vedtak

IX

Oppheving av anmodningsvedtak

Vedtak nr. 847, nr. 848, nr. 849, nr. 850 og nr. 851, 8. juni 2017 og nr. 153, 3. desember 2020 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 – 10/2022

